Ueber

angeborene Verengerung der Scheide

als

Geburtshinderniss.

Eine Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

unter dem Præsidium

von

Dr. F. v. Breit,

o. ö. Professor der Geburtshülfe und Vorstand der geburtshülflichen Klinik zu Tübingen,

vorgelegt von

G. Gfrörer

aus Tübingen.

Tübingen, 1867.

Druck von Heinrich Laupp.

Vorwort.

Indem ich diese kleine Arbeit der Oeffentlichkeit übergebe, sage ich allen meinen verehrten Lehrern für das freundliche Wohlwollen, mit welchem sie mir während meiner Studienzeit auf der hiesigen Universität begegneten, meinen herzlichsten Dank.

Insbesondere sehe ich mich veranlasst meinem verehrten Lehrer und Vorstand Herrn Prof. Dr. v. Breit meinen herzlichsten Dank auszusprechen für die Güte, mit welcher er mir das Material zu dieser Arbeit bereitwilligst überlassen hat und für die freundlichen Rathschläge, welche er bei der Bearbeitung derselben mir zu Theil werden liess.

Tübingen, 1866.

G. Gfrörer.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550015_0071

Die Veranlassung zur Veröffentlichung dieser kleinen Arbeit gab mir ein sehr schöner und interessanter Fall von angeborener Verengerung der Scheide mit Geburt, welchen ich an der geburtshülflichen Klinik in Tübingen genau zu beobachten Gelegenheit hatte.

Ich nahm um so weniger Anstand diesen Fall der Oeffentlichkeit zu übergeben, als ein Blick in eine ziemlich grosse Litteratur mich bald von der Seltenheit genau beobachteter und beschriebener Fälle dieser Art überzeugte.

Es kam mir beim Durchsehen der Litteratur eine Dissertation von Dr. Stephani (Würzburg 1841) in die Hände, welche den Titel „Die Atresie der Mutterscheide als Geburtshinderniss“ führt.

Abgesehen davon, dass der grösste Theil seiner Schrift über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Scheide, sodann über Operationen der Atresie der Scheide bei Ansammlung des Menstrualblutes handelt, so hat derselbe meiner Ansicht nach viel zu wenig Fälle zusammengestellt, um daraus einen Schluss ziehen zu können, in wie weit eine angeborene Verengerung der Scheide der Geburt hinderlich sein kann.

Ich glaube, dass es dem Zweck des Thema's am meisten entsprechend sein wird, wenn ich möglichst viele genau beobachtete Fälle von angeborener Verengerung der Vagina mit Geburt zusammenstelle, so dass bei einem Rückblick auf den Verlauf der einzelnen Geburten der Leser selbst sich sein Urtheil bilden kann.

Ehe ich die von mir gesammelten Fälle, welchen zuletzt unser Fall folgen wird, anführe, möchte ich vorher noch ganz kurz eine Eintheilung der Atresieen der Vagina geben. Die Atresieen der Vagina werden eingetheilt in angeborene und erworbene. Letztere sind entweder vollkommen oder unvollkommen, und betreffen kleinere oder grössere Abschnitte der Scheide, selbst die ganze Ausdehnung derselben, so dass die Vagina in einen soliden Strang umgewandelt ist.

Die Ursachen der unvollkommenen erworbenen Atresieen sind Tumoren, welche ausserhalb der Vagina oder auch in derselben sich entwickeln, oder Narben, welche nach Verletzungen und ulcerösen Substanzverlusten durch ihre Contraction zu Verengerung des Scheidenkanals Veranlassung gegeben haben.

Die Ursachen der vollkommenen erworbenen Atresieen sind ebenfalls Verletzungen und ulceröse Substanzverluste. Die Verletzungen werden entweder durch fremde Körper, welche zur Masturbation benützt werden, häufiger aber durch Quetschungen beim Geburtsacte hervorgerufen.

Die ulcerösen Substanzverluste finden sich im Wochenbette als Puerperal-Geschwüre, sodann als diphtheritische Processe nach Typhus, Cholera, Dysenterie,

Variola, ferner nach Verbrennungen, Aetzungen, Syphilis etc.

Stränge, welche von einer Wand der Vagina zur andern gehen und aus Zerrung früher verwachsener Stellen hervorgegangen sind, oder überhäutete Brücken ulceröser Substanzverluste darstellen, können zur Verengerung der Vagina führen.

Die angeborenen Atresieen der Vagina werden ebenfalls eingetheilt in vollkommene und unvollkommene.

Die vollkommene Atresie der Scheide betrifft entweder die ganze Scheide, wobei dieselbe einen Bindegewebsstrang darstellt, oder blos einen Theil derselben, wobei der andere Theil sich normal entwickelt hat. Das entwickelte Scheidenstück ist übrigens meist etwas enger und befindet sich entweder am Uterinende oder am äussern Ende der Vagina, oder die Vagina ist in der Mitte unentwickelt geblieben, während der obere und untere Theil derselben sich entwickelt hat.

Die Länge des fibrösen verschlossenen Scheidenstücks kann sehr variiren. Bei besonderer Kürze des Zwischenstücks wird endlich eine membranförmige Zwischenwand die beiden Vaginal-Höhlungen trennen und bei dem fortgesetzten Wachsthum der Scheide in die Länge und Breite kann dieses Zwischengewebe als dünne Querscheidewand erscheinen, welche früher als accessorischer Hymen beschrieben wurde. Man bezeichnet diesen Zustand als Atresia vaginae membranacea.

Ist eine solche Querscheidewand perforirt, so entsteht die unvollkommene angeborene Atresie. Die Membran kann einfach oder mehrfach perforirt sein. Die Oeffnung in der Membran ist oft so klein, dass man

sie kaum entdecken kann; oft aber ist die Oeffnung so gross, dass die Membran nur als halbmondförmige Klappe erscheint. Die angeborenen strangförmigen Verbindungen der Vaginalwände, welche schief von oben nach unten ziehen, lassen sich auf dieselbe Weise deuten, wenn man auf die ungleiche Entwicklung der Vaginalwände Rücksicht nimmt. (Klob.)

Zu den angeborenen Verengerungen der Scheide gehören auch diejenigen Fälle, in welchen sich die Vagina nicht gehörig entwickelt, sondern kindliche Dimensionen beibehalten hat. Die Weite des Lumens einer solchen Vagina variirt sehr. Man hat die Vagina dabei schon so eng gefunden, dass ihr Lumen nur wenige Linien betrug, ja dass kaum eine gewöhnliche Sonde eingeführt werden konnte.

Ich lasse zunächst die Fälle folgen, welche ich aus der Litteratur gesammelt habe.

I. Fall.

Nägele (Erfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weiblichen Geschlechts 1812, S. 334) erzählt folgenden Fall. M. S. v. F. in Baden, 24 Jahr alt, von gesunder, starker Körperbeschaffenheit und blühendem Aussehen, unverheirathet, zum erstenmale schwanger, wurde den 18. Juni 1811 in Wehen in das Heidelberger Gebärhaus gebracht. Der Geburtshelfer des Hauses fand bei der Untersuchung etwas Widernatürliches in der Mutterscheide, welches ihn verhinderte, den Muttermund zu finden. Bei meiner Ankunft fand ich die Mutterscheide ungefähr $1^1/_2$ Zoll über ihrem Eingange durch eine fremde Membram, an der aber keine Unebenheit oder irgend eine Spur von Vernarbung zu fühlen war, verschlossen. Ausser den Wehen fühlte ich durch diesen blinden Sack deutlich den schon in beträchtlichem Maasse in den Beckeneingang eingedrungenen Kindeskopf, wie auch den gegen 2 Zoll eröffneten, annoch wulstigen Muttermund. Der anwesende Geburtshelfer und einige im Untersuchen geübte Candidaten fanden dasselbe. Man wartete noch einige Wehen, die übrigens kräftig waren, ab, während welcher die Aftermembran durch die Spannung der über ihr befindlichen Blase jedesmal stark nach ab-

wärts gedrängt wurde. Der Kopf drang tiefer ein. Wiederholte Untersuchungen setzten die Diagnose ausser Zweifel. Die Wehen wurden nun immer schmerzhafter. Man schritt gegen Abend um 5 Uhr zur Operation. Vermittelst eines nach der Schneide hin einwärts gekrümmten sogenannten concaven, bis zu einiger Entfernung von der Spitze mit Leinwand umwickelten Bistouri's wurde die erwähnte Membran während einer Wehe einen Zoll weit geöffnet, worauf ausser wenigem Fruchtwasser gegen ʒ 3—4 schwarzbraunen, dicklichen Blutes abfloss. Die Beschaffenheit des Blutes zeigte offenbar, dass solches längst schon ergossen sein musste. Die weitere Eröffnung jener Wunde machte sich von selbst. Unter gleicher Fortdauer kräftiger, aber sehr schmerzhafter Wehen kam der Kopf endlich gegen 11 Uhr Abends in die Beckenhöhle zu stehen. Nun kamen die Wehen seltener, blieben aber gleich schmerzhaft und wurden schwächer, so dass der Kopf in dieser Stellung bis gegen 4 Uhr Morgens beharrte, ohne sich zum Einschneiden anzuschicken. Die Kräfte der Kreissenden schienen abzunehmen, der Puls war gereizt und man glaubte zuweilen leichte Zuckungen wahrzunehmen. Man schritt zur Application der Geburtszange und in wenigen Minuten war die Kreissende von einem starken Knaben entbunden, der nach einigen unvollkommenen Versuchen zu athmen durch kräftiges Schreien und die übrigen bekannten Zeichen seine volle Reife bewies.

Die Mutter befand sich das Wochenbett hindurch sammt ihrem Kinde wohl und wurde 16 Tage nach ihrer Niederkunft entlassen. Vor der Entlassung fand

man kaum noch einige wenige Spuren von jener fremden Membran.

Diese Person war seit ihrem 15. Jahre her immer regelmässig menstruirt und versicherte nie in ihrem Leben krank gewesen zu sein. Bei der näheren Erkundigung nach ihren Umständen sagte sie mir, dass sie nie irgend etwas Krankhaftes an ihren geheimen Theilen verspürt habe und dass sie nie von einer Verengung dieser Theile, oder irgend etwas der Art gewusst habe. Sie vertraute mir aber, dass ihr Liebhaber beim nähern Umgang nie mit ihr zufrieden gewesen sei, dass er sie immer verdriesslich verlassen und öfter ihr den Vorwurf gemacht habe, sie sei nicht beschaffen, wie eine Frauensperson beschaffen sein müsse; auch habe ihr das Beiwohnen bisweilen heftige Schmerzen verursacht. In den ersten 3 Monaten ihrer Schwangerschaft, versicherte sie mich, habe sie ihre Reinigung noch 3 Mal gehabt, aber dann nicht wieder; während jener Zeit seien auch ihre geheimen Theile wund, roth, entzündet und schmerzhaft gewesen, welches ihr das Gehen vor Schmerzen oft unmöglich gemacht habe. Diese Umstände machen es wahrscheinlich, dass durch den Reiz des gewaltsamen Beischlafs, oder anderwärtiger von der einen oder andern Seite unternommener Erweiterungsversuche eine Entzündung veranlasst worden ist, wodurch die schon vorher dagewesene, unvollkommene Atresie in eine vollkommene übergegangen ist und mir ist es höchst wahrscheinlich, dass das gleich nach der Eröffnung jener Membran abgegangene schwarzbraune, grumöse Blut von der monatlichen Blutung hergerührt habe, welche während des ferneren Verlaufes der Schwangerschaft

noch einigemale stattgehabt hat, wobei aber das ergossene Blut durch die im 4. Schwangerschaftsmonate wahrscheinlich erfolgte gänzliche Verschliessung auszufliessen verhindert worden ist.

II. Fall.

Dr. W. Lange (Bericht über die unter der Leitung des Prof. Jungmann stehende geburtshülfliche Klinik in Prag für die Schuljahre 1842, 43 und 1844. Prager Vierteljahrschrift B. VIII. S. 16.) theilt folgenden Fall mit.

Bei einer 20jährigen, seit ihrem 16. Jahre regelmässig, ohne alle Beschwerden und reichlich menstruirten Erstgeschwängerten, welche 8 Tage vor dem normalen Ende der Schwangerschaft aufgenommen wurde, bot sich Folgendes dar:

Der in die Scheide eingebrachte Zeigfinger traf in einer Höhe von etwa $1^1/_2$ " auf eine ziemlich dicke, faltenreiche, schlaffe, mit den Wänden der Vagina ringsum vollkommen zusammenhängende und in dieselbe übergehende Querscheidewand, durch welche die Vagina die Gestalt eines blinden Sacks erhielt. Durch diese Querscheidewand war weder der Muttermund noch das untere Uterussegment zu fühlen, ersterer aber bei der Untersuchung durch den Mastdarm in Form eines etwas nach der linken Seite stehenden Wulstes wahrnehmbar. Bei der Untersuchung mit dem Mutterspiegel zeigte diese Querwand auf ihrer mit der Schleimhaut der Vagina gleich gefärbten Oberfläche mehrere ziemlich starke, sehr geschlängelt verlaufende, venöse Gefässchen, und

erst bei der einige Tage später vorgenommenen zweiten Einführung des Spiegels verrieth ein sich vordrängender Tropfen weissen, dicken, eiterartigen Schleims, dem bald mehrere folgten, eine Oeffnung in derselben. Diese fand sich etwas nach der rechten Seite hin nahe an der vorderen Vaginalwand und war nur für eine mittelmässig dicke Sonde durchdringbar. Beim Einführen derselben überzeugte man sich von dem Vorhandensein eines freien Raumes hinter der erwähnten Querwand.

Der erste von Seiten des Mannes ohne alle Schwierigkeit vollzogene Beischlaf war nach Aussage der Schwangern zwar mit einer geringen Blutung, aber durchaus mit keiner Schmerzempfindung für sie verbunden gewesen. Bei allmähliger Zunahme der zu gehöriger Zeit sich einstellenden Wehen wurde das blinde Ende der Scheide kugelförmig nach abwärts gedrängt und wohl der Kopf, nicht aber der Muttermund durch dasselbe fühlbar. Nach 8stündiger Geburtsdauer fingen die Wässer an in einem ganz dünnen Strahle abzugehen und nach abermals einer Stunde stand der Kopf, von heftigen Drangwehen herabgetrieben, bereits in der Beckenhöhle, wobei die Querscheidewand durch die erlittene Spannung so dünn wurde, dass man durch sie die Pfeilnaht und die nach links und vorn stehende kleine Fontanelle deutlich durchzufühlen im Stande war. Ihre grösste Wölbung stand dabei so tief, dass sie bei sehr auseinandergezogenen Schamlippen sichtbar wurde. Nachdem die Wehenthätigkeit auf's Höchste gestiegen war, führte ich eine sanft gebogene Hohlsonde durch die besagte Oeffnung und spaltete auf derselben unter bedeutender Blutung mittelst eines gekrümmten Knopfbistouri's diese

das Geburtshinderniss abgebende Membran ihrer ganzen Breite nach in schiefer Richtung von rechts und vorn nach links und hinten, worauf die Geburt eines lebenden, starken Kindes ohne weitere Nachhülfe sehr bald erfolgte und die Blutung aus der Scheide aufhörte. Die durch den Schnitt gebildeten Lappen vereiterten bis auf kleine Rudimente und das Wochenbett erlitt keine weitere Störung.

III. Fall.

Benevoli (Dictionaire des sciences médicales T. 56. p. 456) wurde zu einer Erstgebärenden gerufen, welche schon lange Zeit in Wehen lag, ohne gebären zu können. Benevoli entdeckte gegen die Mitte der Vagina eine sehr kleine Oeffnung. Er vergrösserte dieselbe zuerst mit dem Finger, sodann mit einem Dilatatorium und fühlte endlich den Kopf des Kindes, fand denselben aber noch bedeckt von einer Membran, welche ihn verhinderte vorzudringen; er zerstörte diese zweite Membran und erweiterte dieselbe mit der Hand, so dass die Frau, 3 Stunden nachher, ein lebendes Kind gebar.

IV. Fall.

Danyau (Archives générales de Médecine 1841. III. 10. S. 63) theilt einen Fall mit, in welchem die Scheide durch eine querlaufende Zwischenwand in ihrer Mitte in zwei Höhlen, eine untere und eine obere, getheilt war, welche durch eine runde Oeffnung von 12—15 Millimeter im Durchmesser von einander in Verbindung standen. Dazu war noch Vorfall gekommen, wodurch sich eine Art Invagination gebildet hatte. Im Zustande

des Vorfalls steckte die obere Scheide in der untern; die untere Scheide war eingestülpt und bot ihre Schleimmembran nach aussen dar. War die Reposition vorgenommen, so lagen beide Scheiden, eine über der andern, getrennt durch eine Zwischenwand, welche in der Mitte durchbohrt war. Diese Abnormität war sicher angeboren; die regelmässige Beschaffenheit der Zwischenwand und ihre Oeffnung, der natürliche Zustand der obern und untern Scheide liessen darüber keinen Zweifel; dabei war die Leidende eine Erstgebärende und überhaupt kein Grund vorhanden eine vorhergegangene Krankheit der Scheide anzunehmen.

E. P. 24 Jahr alt, Erstgebärende, wurde am 5. September 1840 9 Uhr Abends in Wehen in die Maternité gebracht. Um 10½ Uhr Abends, als Dubois gerufen wurde, waren die Wehen schwach und selten. So blieb es die ganze Nacht und als Dubois die Pat. am 6. September Morgens 9 Uhr wieder sah, war der Zustand wie Tags zuvor; die Geburt war nicht weiter vorgeschritten. Dubois bemerkte, dass die Oeffnung zwischen den 2 Scheiden sich fest um den Finger zusammenzog und dass ihr Umkreis fester war. Vormittags waren die Wehen noch schwach, Nachmittags wurden sie stärker. Der Muttermund erweiterte sich nach und nach, die Eihäute zerrissen, der Kopf drang durch den Muttermund, kam in die obere Scheide, legte sich gegen die Scheidewand, bewirkte aber, trotz der kräftigsten Contractionen, weder eine Erweiterung noch eine Zerreissung ihrer Oeffnung.

Abends 8 Uhr wurde Dubois wieder gerufen. Es waren sehr kräftige Wehen vorhanden, dieselben waren

aber nichtsdestoweniger ohne Erfolg. Die Härte des Uterus, die Heftigkeit, mit welcher der Kopf herabgedrängt wurde, der Druck, welchen er auf die Scheidewand ausübte, bezeugten die Anstrengungen des Uterus und der Bauchmuskeln. Die Nutzlosigkeit dieser Anstrengungen, die beträchtliche Dicke der Scheidewand, die Resistenz und Unausdehnbarkeit ihrer Oeffnung, welche einen Durchmesser von 20—25 Millimeter erreicht hatte, legten klar die Unmöglichkeit der spontanen Austreibung des Kindes vor Augen. Die Theile waren jetzt so beschaffen, dass ein Geburtshelfer, der jetzt erst gerufen wurde, leicht die Scheidewand für das untere Segment des Uterus und ihre Oeffnung für den in einem Zustande unüberwindlicher Rigidität befindlichen Muttermund hätte halten können.

Dubois schob nun ein geknöpftes Bistouri zwischen den Kopf und die Scheidewand und machte nach rechts und nach links 2 Incisionen von 7—8 Millimeter Länge; diese Incisionen genügten nicht; es wurden noch 4 Incisionen gemacht. Da diese auch noch nicht ausreichten, so wurden sie mit der Scheere verlängert. Da auch dies ohne Erfolg blieb und der Kopf nicht herunter rücken konnte, so wurde zur Anlegung der Zange geschritten. Da der Kopf sehr klein war, war die Extraction leicht. Nur eine Vorsicht war zu beobachten: während der Tractionen musste man mit 2 Fingern den vordern Rand der Zwischenwandöffnung zurückhalten, damit dieselbe nicht zu gleicher Zeit hervorgezogen wurde.

Bei der Extraction des Rumpfes jedoch wurde die Zwischenwand hervorgezogen und man sah einen 3 Quer-

finger breiten, beinahe cylindrischen Tumor, welcher an seinem untern Ende eine mehr oder minder tief ausgeschweifte Oeffnung darbot. Die Reposition wurde sogleich vorgenommen. Bei der Wegnahme der Placenta bildete sich der Vorfall nicht wieder.

Das Kind war lebend.

Dubois schätzte die Membran, als sie in dem höchstmöglichsten Zustande von Spannung war, etwa 5—6 Millimeter dick.

Die Frau erholte sich bald. Acht Tage nach der Entbindung fand Dubois bei der Untersuchung nur einen für den Finger passirbaren Hohlraum. Am Grunde desselben fühlte man eine Oeffnung mit dicken, wenig vorspringenden Rändern, durch seichte Furchen unterbrochen, welche dem Muttermund selbst in den ersten Tagen nach der Entbindung so ähnlich sich verhielten, dass ein Missverständniss leicht möglich war. Es war nicht möglich, den Finger in den obern Theil der Vagina einzuführen.

V. Fall.

Dr. Hemmer (N. Z. f. G. B. IV. Hft. 1. S. 3) veröffentlicht folgenden Fall.

Den 5. Januar 1831, Abends 10 Uhr kam ich bei der Frau des Stahlschmieds J. W. in F. an, welche sich in Kindesnöthen befand. Wegen Wehen hatte sie die Nacht schon schlaflos hingebracht. Nachmittags schickte man zur Hebamme, die sogleich meine Beihülfe für nöthig fand. Die Kreissende, eine sehr rüstige, junge Frau, 30 Jahre alt und Erstgebärende, obgleich schon seit 10 Jahren verheirathet, hatte, als ich zu ihr

kam, die kräftigsten Wehen, die bereits seit mehreren Stunden angedauert hatten. Ihr Kräftezustand war der beste. Bei der Untersuchung ergab sich, dass der explorirende Finger gleich beim Eingange in die Scheide auf ein Hinderniss stiess, welches das Vordringen desselben in den Scheidenkanal nicht zuliess. Eine krampfhafte Zuschnürung dieser Theile war im mindesten nicht vorhanden, das Hinderniss bestand in einer völligen Verwachsung der Wände der Vagina unter sich, wodurch eine Art von Septum transversum gebildet worden war, welches den Weg zum Scheidenkanal völlig versperrte. Während der Wehen spannte sich die widernatürliche Haut an, und erschlaffte mit dem Nachlasse derselben. Schob man die, dem Gefühle nach dicke Scheidewand so weit als möglich in die Höhe, so stiess man auf einen Kindestheil, und ich war ausser Zweifel, dass die Geburt bis zur vierten Periode verlaufen war. Bei den so kräftigen Wehen musste ich fürchten, dass der Kopf noch näher gegen die Scheidenwand vorgetrieben werde, diese, so dick sie auch war, bersten, und weiter als wünschenswerth einreissen könne. Ich musste also auf eine künstliche Trennung so bald als möglich Bedacht nehmen. Da ich jedoch für diesen Fall ganz unvorbereitet war, indem mir der Bote gar nichts Specielles anzugeben vermochte, so konnte erst nach einigen Stunden zur Trennung durch Dr. N. geschritten werden. Während dieser Zeit hatten die kräftigen Wehen nachgelassen, aber auch nicht die mindeste Veränderung in dem Zustande hervorgebracht. An der Scheidewand konnte das Gefühl auch nicht die geringste Oeffnung entdecken. Nachdem jedoch, so viel als mög-

lich, dem Auge selbst Zugang verschafft war, entdeckte man eine Oeffnung von so geringem Durchmesser, dass sie kaum eine Hohlsonde ohne Gewalt aufnahm. Dieser enge Kanal schien sich in Krümmungen durch die Scheidewand hindurch zu winden, da ihn die Sonde nur auf einige Linien verfolgen konnte. Es wurde nun der Schamspalte entsprechend, die Scheidewand von unten nach oben aufgeschlitzt, und so ein 3 Finger breiter, freier Raum gewonnen. Ehe man zu einer weitern Trennung schreiten wollte, war es nöthig, zuzusehen, was die Wehen und somit das weitere Vordringen des Kopfes auf die Erweiterung der Theile bewirkten.

Da jedoch die Wehen weit seltener kamen, und bei weitem nicht so wirksam waren, wie früher, legte ich die Zange an. Es war auch deshalb jeder Zeitverlust zu meiden, da bei dem längeren Beharren in diesem Zustande eine schmerzhafte Anschwellung der getrennten Theile zu erwarten war. Die Wehen kamen nicht wirksamer und die kräftigste Unterstützung von Seiten der Zange war nöthig. Es waren wohl 60 Tractionen gemacht worden, um den Kopf zu entwickeln, obgleich nur bei dem Eintritt der Wehen Gebrauch von der Zange gemacht wurde. Von Anlegung der Zange bis zur Geburt des Kindes waren 1½ Stunden verflossen. Bei der Entwicklung des Kopfes war die grösste Vorsicht nöthig, da bei der Enge der Geburtstheile leicht ein weiterer Einriss stattfinden konnte. Doch erweiterten sich, bei einer 3 Finger breiten Oeffnung, die Theile nach und nach so, dass der Kopf durchging. Nachdem derselbe geboren, folgte der übrige Körper ohne

Aufenthalt nach. Das Kind war lebend und von mässiger Grösse, auch folgte die Nachgeburt, nach einer kleinen Annöthigung, bald nach, die Frau befand sich ganz wohl. Ich sah sie den andern Tag wieder. Es war keine Geschwulst der Genitalien, und auch nicht der mindeste Schmerz weder in den Geburtstheilen, noch in dem Unterleibe vorhanden. Die Milchsecretion trat ein, und bei einem späteren Besuche, am 8. Tage, fand ich die Wöchnerin mit ihrem Säuglinge so wohl, dass auch nicht das leiseste Uebelbefinden zu bemerken war.

Auch die Heilung der getrennten Theile war so von Statten gegangen, dass die Frau späterhin ohne irgend ein Hinderniss niedergekommen ist. Die Verwachsung hatte von Jugend auf bestanden und war angeboren. Die Frau hatte 10 Jahre in der Ehe gelebt, und der kleine, kaum eine Hohlsonde zulassende Kanal, der nicht einmal in gerader, sondern gewundener Richtung durch die Scheidewand ging, konnte nur allein den Samen aufgenommen haben.

VI. Fall.

Dr. Clemens (Hufeland's Journal 1844. II. Stück, S. 102) beschreibt folgenden Fall.

Am 2. September 1843 entband ich eine junge, blühende, zum erstenmal gebärende Französin. Als die zweite Geburtsperiode eingetreten, der Muttermund ungefähr 4 Finger breit geöffnet, die Blase sich gestellt und hinter ihr der vorliegende Kopf zu fühlen war, bemerkte ich beim Untersuchen, zuerst bei stattfindenden Wehen, später auch ohne diese, einen räthselhaften Körper, länglich, rund, fleischig, ausser den Wehen an-

gespannter, nach der rechten Seite der Mutterscheide gelegen. Je weiter die Geburt vorrückte, desto deutlicher fühlte ich dieses fleischige Ligament. Die untersuchenden Finger konnten bequem Ursprung, Verlauf und Ende desselben verfolgen. Es entsprang neben und etwas hinter der obern und vordern Commissur der grossen Schamlefzen, begleitete hinter der rechten Nymphe herabsteigend diese so in ihrem Verlaufe nach unten, dass man zwischen beide bequem 2 Finger der Länge nach einbringen konnte, und verlief nach unten und hinten in dem untern Theil der Vagina. Schon dachte ich dieses Band mit dem geknöpften Pott'schen Bistouri durchzuschneiden. Da es aber vermöge seiner Dehnbarkeit sich recht gut über den vordringenden Kopf zurückbringen liess, so verschob ich es bis nach der Entbindung.

Diese beendete ich glücklich mittelst der Zange, die den eine starke Kopfgeschwulst zeigenden Kopf bald entwickelte. Das Kind, weiblichen Geschlechts, war um Hals und Brust von der Nabelschnur umschlungen, was wohl am Meisten zur verzögerten Entbindung beitragen mochte. Das über den Kopf zurückgebrachte Band hatte der Anlegung der Zange keine Hindernisse entgegengesetzt.

Nach vollbrachtem Nachgeburtsgeschäfte suchte ich das fleischige Band wieder auf, fand aber nur 2 Fragmente davon, ein kleines oberes und ein grösseres unteres. Vermuthlich war es bei Applikation der Zange oder beim Durchschneiden des Kopfes in der Mitte zerrissen. Diese Ueberreste ragten aus den Geburtstheilen hervor und hatten ganz das Ansehen von Polypen der Vagina.

Auf diese Art operirte ich sie auch am 15. September. Ich liess die Wöchnerin mit erhöhtem Hintern auf das Levret'sche Entbindungslager bringen, setzte mich auf einen niedrigen Stuhl zwischen den Schenkeln derselben, zog erst das obere, dann das untere Fragment mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand stark an, führte eine über die Fläche gebogene Scheere so nahe als möglich an der Basis derselben, den convexen Theil der Scheere der Wurzel der Fragmente zu gerichtet, und schnitt sie mit zwei Schnitten ab. Die dadurch entstandene vertiefte Wunde untersuchte ich nun mit dem Zeigefinger und überzeugte mich, dass kein Rest dieser Afterbildung sitzen geblieben war. Die Blutung war unbedeutend. Zarte Schwämme in laues Aqua Goulardi getaucht und in die Vagina gelegt, stillten sie bald gänzlich. Nach wenigen Tagen ging die junge Frau ohne alle Beschwerde im Zimmer umher und verliess am 5. October völlig gesund unsere Stadt. Nie hatte sie an Leukorrhoe gelitten, nie weder als Mädchen noch Frau das Geringste von Beschwerden oder etwas Fremdartiges in den Geburtstheilen gefühlt. Die Lage des Bandes war auch von der Art, dass dies nicht wohl möglich war.

VII. Fall.

Maisonneuve (Gaz. des Hôp. N. 113. 1849) erzählt folgenden Fall. In der Nacht vom 11—12. September 1849 wurde M. von Dr. C. zu einer Erstgebärenden gerufen, welche schon seit 24 Stunden in Wehen lag und bei welcher ein merkwürdiger Bildungsfehler der Scheide vorhanden war. Dieses Organ, welches

im untern Vierfünftel normal gebildet war, endigte aber in einen blinden Sack, anstatt sich in den Uterus fortzusetzen.

10 Centimeter in der Tiefe endigte die Vagina in einen blinden Sack, dessen Grund glatt war, bis auf einen kleinen Punkt nach der linken Seite zu, wo man eine etwa hirsekorngrosse Vertiefung bemerkte. Die den Grund des blinden Sackes bildende Haut erschien derb, ihre Stärke, welche ziemlich schwer genau zu beurtheilen war, schien nicht weniger als 3—4‴ zu betragen; durch dieses dicke und harte Gewebe konnte der Finger den Kopf des Fötus fühlen, ohne jedoch die Lage desselben genau bestimmen zu können. Die Harnblase war leer. Bei der gleichzeitig durch Scheide und Mastdarm angestellten Untersuchung erkannte man deutlich, dass zwischen dem blinden Ende der Scheide und dem Kindskopfe ein Zwischenraum von 3—4‴ sich befand; ein wenig höher zeigte sich eine weiche Geschwulst, die den Finger nicht an den Kopf gelangen liess und welche für die hintere Muttermundslippe gehalten wurde. Das Resultat der angestellten Untersuchung war sonach, dass die Scheide in ihrem Grunde geschlossen war, dass die Verschliessung durch eine dicke Scheidewand gebildet wurde, hinter welcher noch eine kleine Scheidenportion lag, und dass der Kopf des Fötus den Muttermund erweitert und zum Theil eingerissen hatte und den über der Zwischenwand befindlichen Theil der Scheide ausdehnte.

Nach Feststellung der Diagnose war die Indication ganz einfach; es galt die die Scheide verschliessende Membran einzuschneiden. Die Operation war sehr delikat.

M. führte dies so aus: Mit dem bis zum Grund des blinden Sackes eingeführten Zeigefinger erkannte er gleich die kleine Vertiefung, welche er für den Eintritt in die Oeffnung, durch welche die Befruchtung stattgefunden haben musste, hielt. Auf dem Zeigefinger eine feine Hohlsonde gleiten lassend, gelang es ihm dieselbe in die Oeffnung einzuführen. Er schob dieselbe sodann mit einem leichten Drucke langsam vorwärts.

Bald erkannte man an der Richtung, welche die Sonde nahm, an der Tiefe, in welcher sie angelangt war und an der Leichtigkeit, mit welcher man ihre Spitze bewegen konnte, dass die Sonde in dem Uterus vor dem Kopf des Kindes angelangt war.

Die Sonde hierauf mit der linken Hand festhaltend, schob er in der Vertiefung der Sonde ein zweischneidiges Lithotom ein, mit welchem er einen breiten Einschnitt in die fibröse Scheidewand machte, worauf eine kleine Menge Fruchtwasser abfloss. Hierauf brachte er den rechten und linken Zeigefinger in die gemachte Oeffnung ein und dehnte dieselbe gewaltsam so auseinander, dass man 4 Finger zugleich in sie einbringen konnte. Man konnte nun leicht die rechte Schädellage des Kindes erkennen. M. hätte die Geburt leicht durch die Zange beendigen können, es schien ihm aber angemessener die Beendigung der Geburt der Natur zu überlassen, damit die Erweiterung der zerrissenen Theile nach und nach mit weniger Gefahr stattfände.

In der That die Wehen, welche keinen einzigen Augenblick unterbrochen wurden, gingen normal weiter. Heftige Schmerzen waren in dem Augenblicke vorhanden, als der Kopf in den verengerten Theil der Scheide eintrat.

Sie hörten aber sogleich nach der Geburt eines wohlgebauten Kindes auf.

Ausser einem allgemeinen Schmerzgefühl in der Tiefe des Beckens und einer ziemlich reichlichen Eiterung hatte die Geburt keine weiteren Folgen. 11 Tage nach der Geburt stand die Frau auf; das Kind gedieh sehr gut.

VIII. Fall.

Fristo (Cas de dystocie par oblitération du vagin. Gaz. des Hôp. N. 96. 1861). In der Nacht vom 15. auf den 16. November 1835 wurde ich ins Dorf M. gerufen, um eine Geburt zu beendigen, welche die Hebamme des Ortes nicht beendigen konnte. Ich kam um 1 Uhr Morgens zu der Wittwe K., wo ich ein Mädchen von 22 Jahren auf Stroh liegend fand, welches in einer enormen Menge Blut gebadet lag. Seit 12—14 Stunden hatte sie heftige Schmerzen, starke Contractionen der Gebärmutter, starke Blutung und häufige Ohnmachten gehabt. Ihre Blässe und Schwäche war schrecklich. Allen diesen Symptomen nach dachte ich an eine frühzeitige Lösung der Placenta, oder eine fehlerhafte Lage des Kindes und entschloss mich sogleich die Wendung auf die Füsse zu machen, um wenigstens die Mutter zu retten, wenn ich das Kind nicht lebend erhalten könnte, was nicht mehr wahrscheinlich war.

Aber wie erstaunt war ich, als ich bei Einführung der Hand in die Vulva, dieselbe durch eine dicke in der Mitte durchbohrte Membran verschlossen fand, in deren Oeffnung man kaum einen kleinen Finger einführen konnte. Dieses Hinderniss spaltete ich kreuzweise und

vergrösserte so die Oeffnung, dass ich 2 Finger einführen konnte. Aber einige Linien weiter höher fand ich dasselbe Hinderniss, welches ich auf die gleiche Weise entfernte. Bei der weiteren Untersuchung fand ich nach einander vom Eingang in die Vagina an, bis zum Orificium des Uterus 4 kreisrunde in der Mitte durchbohrte Membranen, die dem Kopf des Kindes ein unüberwindliches Hinderniss darboten. Da mein Finger dieselben nicht zerreissen konnte, so zerstörte ich eine nach der andern mit dem Messer. Ich vergrösserte sodann die Oeffnung, erweiterte die Vagina bis ich an dem Eingang in die Gebärmutter ankam, welcher sehr weit geöffnet und fast vollständig hinter dem Kopf des Kindes verstrichen war; das Kind hatte eine gute Lage.

Da ich nicht warten wollte, bis die Geburt durch die Naturkräfte allein beendigt würde, erweiterte ich die Vagina mit Geduld und einiger Anstrengung, drang in die Gebärmutter ein, machte die Wendung auf die Füsse und extrahirte ein zeitiges, wohlgebautes, todtes und vollständig blutleeres Kind. Hierauf löste ich die Placenta, welche sehr gross, zusammengeschrumpft und sehr trocken war. Ich blieb noch einige Zeit bei der Kranken. Eine Stunde nachher hatte die Blutung vollständig aufgehört und die Kranke befand sich so wohl, als man es eben bei ihrem elenden Zustande erwarten konnte. Einige Tage nachher hatte sie sich wieder erholt und ging wieder betteln.

Neugierig darüber, wie das junge Mädchen schwanger geworden wäre, wagte ich sie zu fragen und erfuhr folgende Umstände. Sie war zu ihrer Tante K. blos gekommen, um ihre Schwangerschaft zu verbergen und

niederzukommen. Zu der Zeit ihrer Entwicklung hatte sie bei der ersten Menstruation heftige Beschwerden; die Menstruation war auch später mit Schwierigkeiten verbunden und der Ausfluss wurde erst dann beinahe normal, nachdem ein Chirurg ihr eine Haut durchschnitten hatte, welche die Oeffnung verschloss. Diese Haut war wahrscheinlich das imperforirte Hymen.

Seit dieser Zeit liefen die Regeln, zwar unregelmässig, nie aber konnte ein Coitus stattfinden. Einige Jahre nachher soll derselbe Chirurg, wiederum befragt, geantwortet haben, dass die Missbildung unheilbar sei. Von dieser Zeit an ging das Mädchen ihren Neigungen nach, in der Ueberzeugung nie Mutter werden zu können. Durch die Aussagen eines Geburtshelfers und die Kindesbewegungen wurde sie von ihrem Irrthum befreit.

IX. Fall.

C. Carter (Lancet Vol. II. N. 4. 1837) fand bei einer Erstgebärenden, welche wegen Einkeilung des Kopfes bei unkräftigen Wehen mittelst der Zange entbunden werden sollte, in der Scheide nach links hin eine bandartige, straff über den Kopf des Kindes gespannte Haut vor, welche bei der ersten Untersuchung für eine Partie des Muttermundes gehalten worden war. Die genauere Untersuchung wies indessen nach, dass es ein festes, fleischiges Band von pyramidaler Gestalt sei, dessen Basis nach oben gerichtet war und welches von der Clitoris und den Nymphen beider Seiten entsprang. Durch dasselbe war die Scheide vollkommen in 2 Hälften getheilt; es mass von vorn nach hinten wenigstens 2″ und war ungefähr $^1/_2$″ dick.

In Ermanglung eines andern schneidenden Instruments benützte C. ein scharfes Federmesser, mit welchem er das Ligament von oben nach unten durchtrennte. Nachdem dies Hinderniss der Geburt beseitigt war, rückte der Kopf des Kindes allmälig herab, welches indess todt zur Welt kam.

X. Fall.

Rysch (Observat. anatomic. chirurgic. Obs. XXII. p. 31. Paris 1734).

Accouchement admirable, où le passage se trouvant fermé d'une manière extraordinaire, on vint cependant à bout de l'ouvrir.

Die Frau eines Tabakshändlers lag in Wehen, konnte aber nicht niederkommen trotz aller Anstrengungen und Schmerzen, welche so heftig waren, dass die Vorübergehenden wegen des Geschreies stehen blieben. Zwei Hebammen, welche sie entbinden wollten, liessen mich rufen, denn man fürchtete schon um ihr Leben. Indem ich die Ursache des Geburtshindernisses untersuchte, fand ich den Hymen noch vollständig erhalten, sehr dick, durch den Kopf des Kindes nach vorn getrieben und gespannt. Als ich dieses sah, erklärte ich sogleich, dass diese Membran eingeschnitten werden müsse. Zu diesem Zweck wurde Herr B. und P. A., zwei geschickte Chirurgen, gerufen und letzterer, welcher zuerst kam, stimmte mir bei. Wir machten folglich diese Operation mittelst einer Scheere und einer Hohlsonde, um den Kopf des Kindes nicht zu verletzen. Nach diesem Einschnitt erwarteten wir sogleich den Austritt des Kindes, aber vergeblich, denn eine zweite,

dicke, widernatürliche Membran verschloss weiter oben den Durchgang der Vagina und hinderte den Austritt des Kindes. Da wir Gefahr für Mutter und Kind ersahen, entschlossen wir uns auch diese Membran einzuschneiden. Was geschah, kaum war die Operation gemacht, kam das Kind zur Welt und liess durch sein Geschrei erkennen, dass es sehr kräftig war und ist noch heute voll Leben und Gesundheit. Durch diese Mittel wurde die Frau gerettet mit Hülfe Gottes zu einer Zeit, wo man jeden Augenblick glaubte, dass sie und ihr Kind mit ihr sterben müsste. Einige Tage nach der Geburt bekam sie eine Incontinentia urinae, welche nicht durch die Einschnitte, sondern durch die lange und sehr grosse Ausdehnung der Vagina und des Sphincter der Harnblase verursacht wurde. Dies wurde dadurch bestätigt, dass die Kranke nach einigen Wochen vollständig hergestellt war und befindet sich heutzutage sehr wohl, sowie auch das Kind, welches sie damals auf eine so merkwürdige Weise geboren hatte, sich heute noch ganz wohl befindet.

XI. Fall.

Dumontpallier et Lever (Gazette médicale de Paris 1866. N. 34. S. 563. Obs. I).

Cloisonnement congénitale transversal du vagin; grossesse a huit mois et demi; opération; accouchement primaturé; enfant volumineuse vivant; péritonite, mort.

R., Pouquethändlerin, 19 Jahre alt, kommt am 20. Dezember 1865 in die geburtshilfliche Anstalt. Sie war von lymphatischem Temperament, mittlerer Grösse, ohne äusserliche Bildungsfehler, war seit ihrem 18. Jahre

menstruirt, die Regeln flossen mässig, regelmässig und ohne Schmerzen.

Ihre letzte Menstruation hatte sie am 8. Februar 1865, so reichlich wie gewöhnlich. Geschlechtlichen Umgang pflegte sie bis Mitte März; die Schwangerschaft verlief normal, sie blieb immer gesund.

Herr A., welcher sie bei ihrem Eintritt in die Anstalt untersuchte, erkannte einen Bildungsfehler der Vagina und schickte sie in die Abtheilung des Herrn Trélat. Am 21. Dezember constatirte man folgenden Zustand. Der Uterus war so gross, wie im 8. Schwangerschaftsmonate, Herzschlag des Fötus links und vorn, starke Kindsbewegungen, Genitalien normal. Bei sorgfältiger Untersuchung fand man die Vagina sehr kurz, die Breite derselben war normal. Man erkannte weiter, dass der hintere Theil glatt und eben war und sich in einen blinden Sack endigte, in dessen Grund man eine enge Oeffnung zu finden glaubte. Hinter und durch eine ziemlich dicke Lage von Gewebe hindurch fühlt man einen cylindrischen, biegsamen Gegenstand, der sich wie die Vaginalportion anfühlen lässt. Nach vorn und oben lässt ein voluminöser und rundlicher Theil den noch beweglichen Kopf erkennen. Bei der Untersuchung mit dem Speculum erkennt man, dass der Grund des blinden Sacks sich in die Wände der Scheide fortsetzt und das gleiche Ansehen und die gleiche Farbe wie die Vagina hat. Man erkennt weiter 2 enge Oeffnungen, zu beiden Seiten der Medianlinie, welche etwa einen Centimeter von einander entfernt sind. Diese Oeffnungen haben glatte Ränder; die rechte erlaubt die Einführung eines Hysterometers, die linke eines weib-

lichen Catheters. Diese Instrumente berühren sich endlich hinter dem blinden Sack, jedoch nur nach vielen Schwierigkeiten, welche dadurch verursacht wurden, dass die Entfernung zwischen der Zwischenwand und dem Hals des Uterus sehr kurz war und die Instrumente auf die beiden Seitentheile des Halses stiessen.

Mit Ausnahme einer geringen Menge blutigseröser Flüssigkeit floss kein Fruchtwasser ab; Schmerzen waren dabei nicht vorhanden.

22. September. Herr Trélat fürchtend, dass diese hintere Wand ein ernstliches Geburtshinderniss darbieten könnte, entschloss sich, da er die Operation an sich für ungefährlich hielt, die beiden Oeffnungen einzuschneiden, um sie mit einander zu vereinigen.

Die Frau wurde auf den Rücken gelegt mit erhobenen und gespreizten Beinen. Man führte ein Speculum ein (Cusco), welches den Vortheil bot die Wand sehr anzuspannen. Man versuchte die Kette des Ekraseur durch die beiden Oeffnungen hindurchzuführen, indem man die Belloc'sche Sonde als Führer benützte, um die Zwischenwand durchzuquetschen. Die Versuche aber schlugen fehl, weil die Wand zu nahe an dem Hals des Uterus gelegen war. Herr T. versuchte ein anderes Mittel. Er führte durch die seitliche Spalte des Speculum ein gebogenes Stilet ein, welches durch die linke Oeffnung der Zwischenwand hindurchgeführt wurde; sodann, indem er das Instrument gegen den linken Schenkel drückte, liess er die Spitze des Stilets in einer kleinen Entfernung nach rechts hin hervorragen und schnitt den Theil der Zwischenwand ein, welcher zwischen dieser Hervorragung und der Oeffnung gelegen

war. Diese Operation wurde auf der rechten Seite wiederholt und der ganze Raum zwischen den 2 Oeffnungen war durchgeschnitten. Es entstand dadurch eine knopflochähnliche Wunde, deren Ränder in der Mitte scharf, an den Seiten aber abgerundet und glatt waren. Es entstand eine ziemlich starke Blutung, welche aber durch Injectionen von kaltem Wasser gestillt wurde. Man sah nun deutlich den Hals des Uterus; die Vagina inserirte sich sehr nahe an dem vordern Theile des Halses, die vordere Lippe war sehr kurz, das vordere Scheidengewölbe war kaum vorhanden, das hintere Scheidengewölbe besass ungefähr seine normale Weite. Man führte einen sehr kleinen Charpietampon ein, worauf kein Blut mehr abgieng und die Kranke keine Schmerzen mehr hatte.

23. Dezember. Die Kranke hat geschlafen; leichte Blutung; Allgemeinbefinden befriedigend.

24. Dezember. Gegen 2 Uhr Mittags Frost mit Zähneklappern, welches $^3/_4$ Stunden dauert. Dem Frostanfalle folgte heftiges Fieber mit schmerzhaften Contractionen des Uterus. Um 5 Uhr Abends Haut heiss, Puls 152. Mutterhals lang, noch geschlossen, vollständig erweicht. Es wurden Klystiere mit Opium gegeben und Cataplasmen aufgelegt. Die Contractionen des Uterus dauern bis 12 Uhr Nachts. Die Kranke schläft ein. Die Contractionen beginnen wiederum Morgens gegen 5 Uhr.

25. Dezember. Die Opiate werden weitergereicht in der Hoffnung die Wehen aufzuhalten. Die Contractionen bleiben schwach, unregelmässig, unterbrochen durch ruhige Zwischenräume bis 4 Uhr Abends.

Von diesem Augenblick an werden sie stark und häufig.

26. Dezember. Um 9 Uhr Morgens Hals fast verstrichen, das Band in der Vagina auf der linken Seite resistent, die Contractionen immer häufiger, Puls 128, etwas Aufstossen. Gegen 2 Uhr Oeffnung klein, mit resistenten Rändern, künstlicher Ruptur der Membranen, Ausflüssen von 800 Gramm Fruchtwasser von milchähnlicher Farbe. Gegen 8 Uhr Abends vollständige Erweiterung; der Kopf durchdringt den Hals des Uterus, zieht das Band in der Vagina ein wenig mit und zerreisst es.

Das Kind, ein Knabe, ist wohl erhalten, sein Gewicht beträgt 2,320 Gramm (4 Pfund 6 Loth). Die Geburt erfolgte durch die Naturkräfte; keine Blutung.

Am 27. Dezember traten Erscheinungen von Peritonitis auf, welche bis zum 6. Januar zunahmen. Am 16. Januar befand sich die Frau wieder ganz wohl.

Am 26. Januar trat ein Recidiv ein, welchem sie am 29. Januar unterlag.

Bei der Section wurde die Vulva, Vagina, Uterus, Rectum und Harnblase zusammen herausgenommen, und so aufgeschnitten, dass der Zusammenhang dieser Organe untereinander erhalten wurde. Man schnitt die Vulva, Urethra und den vordern Theil der Harnblase in der Mitte auf, sodann schnitt man nach und nach von vorn nach hinten die vordere Wand der Vagina, dann die vordere Wand des Halses und des Uterus auf. Man sah dann, dass die Zwischenwand fast verschwunden war und blos noch Spuren derselben vorhanden waren. Indem man die hintere Wand der Vagina quer

anspannte, sah man eine hervorragende Linie, welche die Ursprungslinie der Zwischenwand zu sein schien. Dahinter findet sich ein Raum, welcher während des Lebens die Zwischenhöhle zwischen der Zwischenwand und dem Halse des Uterus bildete.

XII. Fall.

Dumontpallier et Lever (Gazette médicale de Paris 1866. N. 34. S. 564. Obs. II.). Bride verticale située à la partie antérieure du vagin; grossesse; accouchement spontané, section consécutive de la bride; suites de couches naturelles.

Die Frau F., Erstgebärende, kommt am 3. Dezember 1865 in die geburtshülfliche Anstalt. Bei sorgfältiger Untersuchung der Geschlechtstheile ergab sich die Existenz eines vertikalen Bandes, welches an dem vordern Theile der Vagina gelegen war, und dieselbe in 2 Höhlen theilte.

Das Band hat die Form eines Dreiecks, an welchem man 2 Flächen, 2 Ränder, einen vordern und einen hintern, eine Basis und eine Spitze unterscheiden kann.

Die Basis inserirt sich in der Höhe der Fossa navicularis. Die Spitze inserirt sich etwas unterhalb der Oeffnung der Harnröhre. Der vordere Rand ist etwas convex, der hintere Rand sieht concav nach hinten.

Die laterale Fläche sieht gegen die Wände der Vagina und bietet die gleiche Farbe und Anblick dar.

Untersucht man die Vagina mehr in der Tiefe, so findet man den Hals lang, geschlossen und an seinem obern Theile noch fest.

Die Herztöne werden links, vorn und unten am besten gehört. Die Frau F. ist als im $6^1/_2$ –7. Monat schwanger aufgenommen und in den Saal St. A. geschickt, welcher unter der Aufsicht des Herrn Trélat steht.

Am 19. Januar, Abends $^1/_2$ 9 Uhr begannen die Wehen. Die Kranke kommt um $^1/_2$ 11 Uhr in den Geburtssaal hinunter. Der Mutterhals hat sich zurückgezogen, der Muttermund ist 1—$1^1/_2$ Centimeter weit geöffnet.

Die Eihäute sind noch erhalten. Die Contractionen des Uterus sind stark und häufig. Um 7 Uhr 20 Minuten Morgens hat sich der Muttermund vollständig erweitert. Die Blase springt.

Der Kopf durchdringt sogleich den Muttermund, dringt langsam in der Vagina vorwärts und kommt endlich an der Vulva an. Der Kopf findet von Seiten des Bandes Widerstand; dieses, nachdem es mehreremale durch den Kopf angespannt worden war, riss an seinem unteren Ende, an der Basis.

Der Kopf wurde dann sehr rasch ausgetrieben und der Rumpf folgte nach. Durch den sehr heftigen Druck des Kopfes blieb an der hinteren Wand der Vagina keine Spur des Bandes zurück. Das Band blieb an seiner Spitze hängen. Das Kind, ein Knabe, welcher wohl erhalten war, wog 3,800 Gramm (7 Pfd. 10 Loth). Am Tage der Geburt, gegen 2 Uhr Nachmittags entfernten wir das Band an seiner Spitze, unterhalb der Oeffnung der Harnröhre, vermittelst der Ligatur mit einem Metalldraht.

Die Operation war leicht; es trat keine Blutung

ein. Wochenbett normal. Sie wurde am 13. Februar 1866 geheilt entlassen. Sie wurde Amme.

Die mikroskopische Untersuchung des Bandes wurde von Herrn G. gemacht und es ergab sich, dass das Band gebildet war von einem festen Gewebe, welchem elastische Fasern, Muskelfasern und eine ziemlich grosse Anzahl von Gefässen beigemischt war. Auf den Seitenflächen fand sich Epithelium.

Mit einem Wort, dieses Band schloss alle Theile in sich, welche man in den Wänden der Vagina findet.

Herr T. glaubt, dass das Band der Rest eines angeborenen Verschlusses der Vagina sei. Nur der untere Theil des Vaginalverschlusses ist vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Meinung.

XIII. Fall.

Entbindung einer Frau auf natürlichem Wege, welche früher durch den Kaiserschnitt entbunden worden war. Mitgetheilt von Behm (N. Z. f. G. B. X. S. 8. Berlin 1841).

Im März dieses Jahres wurde mir durch den hiesigen Garnisons-Stabsarzt Herrn Dr. Alette die in der Nähe Stettins wohnhafte Frau R. mit der brieflichen Notiz vorgestellt, dass dieselbe, nachdem sie vor etwa 4 Jahren mittelst des Kaiserschnitts von einem todten Kinde entbunden worden, gegenwärtig wieder schwanger sei. Einige vorläufige an die Frau gerichteten Fragen vergewisserten mich über die Person des Geburtshelfers, welcher damals die Sectio caesarea vollzogen, und da die ausführliche Mittheilung des Falles mir noch vorliegt, so theile ich im Auszuge daraus zunächst dasjenige

mit, was sich auf die Indicationen zur Operation und diese selbst bezieht. Es heisst daselbst:

Etwa 10 Stunden nach dem Eintritt der ersten Wehen kam der Geburtshelfer zu der Kreissenden, als die Wehen schon sehr kräftig geworden, der Uterus beim Drucke empfindlich war, die Kreissende über sehr heftige Schmerzen im Kreuze klagte, ihr Gesicht stark geröthet und ihr Puls bei einiger Beschleunigung kräftig und voll war. Die weitere Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Scheide war kurz und weit enger, als sie es nach so lange anhaltenden, kräftigen Wehen zu sein pflegt; der Kindeskopf, welcher die zweite Hinterhauptslage hatte, stand tief in das kleine Becken herabgepresst und um ihn war die etwas empfindliche Gebärmutter straff angespannt; die Portio vaginalis fehlte ganz, als ursprünglicher Bildungsfehler, dafür war nur eine etwas gekerbte Oeffnung in der Gebärmutterwand, in welche man die Fingerspitze ungefähr eine Linie weit einbringen konnte, ohne dabei jedoch auf die bis jetzt noch unversehrten Eihäute zu treffen. Die in diese Oeffnung eingeführte Sonde widerlegte die Vermuthung, dass hier vielleicht eine Atresie vorhanden sein möchte, wozu auch eine während der Schwangerschaft etwa stattgehabte Veranlassung nicht zu ermitteln war. Der tiefe Stand des Kindeskopfes liess mindestens eine normale, wenn nicht grössere Weite der oberen Apertur des kleinen Beckens vermuthen, die Länge der Conjugata jedoch sich nicht ermitteln, da der Finger nicht bis zum Promontorium dringen konnte. Der kleinste Durchmesser der untern Beckenapertur ergab nach genauer Messung mittelst der zusammengelegten Finger genau 2 Zoll.

Die Entfernung der beiden obern vordern Spitzen der Hüftbeinkämme betrug etwas über $9^1/_2$".

Die Neigung des Beckens war die mittlere, normale etc.

Ueber die Operation selbst erwähne ich nur noch aus dem angeführten Berichte, dass nach Vollführung des Gebärmutterschnittes der tief in's kleine Becken herabgetriebene Kopf des während der Verzögerung verstorbenen Kindes, mittelst der von der Wunde aus eingeführten Zange emporgehoben werden musste, und dass die Heilung ohne besondere hervorstechende Entzündungs-Erscheinungen innerhalb dreier Monate erfolgte.

Bei der nun vorgenommenen Untersuchung fand B. das Becken regelmässig gebaut, jedoch etwas über die Norm geneigt. Die äusseren Genitalien waren mässig geschwollen, das Lefzenbändchen unverletzt. Die Mutterscheide gestattete dem untersuchenden Finger nur auf etwa $1^1/_2$" Tiefe einzudringen. Hier war dieselbe bis auf eine, etwa eines Strohhalms weite Oeffnung verschlossen, welche letztere mit der Fingerspitze zu durchdringen, oder zu erweitern gänzlich unmöglich war. So wurde es natürlich unmöglich alle höher gelegenen Theile, namentlich die Portio vaginalis zu untersuchen, und sich von deren Beschaffenheit zu überzeugen. Kindestheile waren noch nicht deutlich wahrzunehmen. Eine in die genannte kleine Oeffnung in die Vagina eingeführte Sonde drang ohne Schwierigkeit über 1" tief höher hinauf; da indess für jetzt die Beschaffenheit der höher gelegenen Theile noch ungewiss blieb, über die Natur der verengten Stelle augenblicklich nicht eine sichere Diagnose festzustellen war, so wurde der Versuch mit

der Sonde nicht weiter ausgedehnt, um nicht vielleicht durch zufälliges Verletzen der Eihäute eine für jetzt noch nicht nöthig erachtete künstliche Frühgeburt zu veranlassen.

B. stellte nun die Diagnose, dass die Verengerung in der Vagina in einer nicht unbedeutenden Strictur bestehe, welche bei schicklicher Behandlung die Geburt selbst eines ausgetragenen Kindes auf natürlichem Wege zulassen würde. Auf die Richtigkeit der Diagnose fussend, wurde der Curplan dahin festgestellt, zunächst durch eine Erweiterung der Strictur auf unblutigem Wege, vermittelst eingebrachter Pressschwämme die oberhalb derselben gelegenen Theile für den untersuchenden Finger zugänglich zu machen und so die jetzt gestellte Diagnose entweder zur vollkommenen Gewissheit zu erheben, oder sie durch einen anderweitigen Befund zu verbessern. Da indess die Geburt eines ausgetragenen Kindes einmal für möglich erachtet war, so durften Versuche der genannten Art, in dem möglichen Falle, dass die Diagnose irrig, und die verengte Stelle wirklich eine verkrüppelte Portio vaginalis war, wie bei Gelegenheit der ersten Entbindung von dem behandelnden Arzte angenommen wurde, nicht eher vorgenommen werden, als bis durch die im letztern Falle vielleicht wider Willen eingeleitete Frühgeburt für das Leben des Kindes kein erheblicher Nachtheil mehr zu erwarten stand. Demgemäss wurde die Frau angewiesen, sich etwa 3—4 Wochen vor der bevorstehenden Entbindung, welche ungefähr gegen die Mitte des Monats Juli berechnet wurde, hieher nach Stettin zu verfügen, um dann hier zur Abwartung derselben zu verbleiben, in der Zwischenzeit

aber sich noch einigemal vorzustellen, um durch wiederholte Explorationen sowohl über den weitern Verlauf der Schwangerschaft, als auch über die etwa eintretenden Veränderungen in dem pathologischen Zustande der Geburtstheile Auskunft zu gewinnen. Bei diesen wiederholten Untersuchungen, welche von 4 zu 4 Wochen stattfanden, stellte sich indess nichts weiter heraus, als das regelmässige Fortschreiten der Schwangerschaft, während der Zustand der Mutterscheide ganz der beschriebene blieb.

Vom 20. Juni ab blieb die Frau in Stettin. Am 22. Juni wurden Pressschwämme eingelegt. Am 24. Juni war nach Herausnahme des dritten Pressschwammes die Oeffnung so weit erweitert, dass die Spitze des untersuchenden Fingers ohne Mühe in dieselbe ein- und höher hinauf bis über dieselbe hinweggeführt werden konnte, dergestalt, dass nunmehr eine vollständige Exploration möglich wurde. Die frühere Diagnose bestätigte sich durch dieselbe aufs Vollständigste. Die Verengerung in der Vagina stellte sich nunmehr als eine ringförmige, tendinöse Strictur von etwa 1/4" Länge dar, hinter und oberhalb welcher die Mutterscheide wieder ihre normale Beschaffenheit annahm, ja es war letztere bis zum Scheidengewölbe fast etwas weiter, als sie im natürlichen Zustande hätte sein sollen. Ebenso fand sich hier die Portio vaginalis uteri von ganz normaler Beschaffenheit, sowohl rücksichtlich ihres Baues, als rücksichtlich ihrer Consistenz. Sie war aufgelockert, bis auf 1/4" verkürzt, der Muttermund geschlossen, frei von Einrissen, mithin fast in demselben Zustande, wie bei Erstgeschwängerten, welchem Zustande sie auch in so fern analog war, als

bei der ersten Schwangerschaft wenigstens das Kind den Muttermund nicht passirt hatte. Der vorliegende, und jetzt ganz deutlich erkennbare Kindskopf stand fest im Beckeneingange, jedoch war für jetzt die Art der Scheitelstellung noch nicht mit Gewissheit zu erkennen. Nachdem so die Diagnose über allen Zweifel erhoben war, war es leicht, das weitere Heilverfahren zu ordnen und es wurde dasselbe dahin festgestellt, bis zum Eintritt der Entbindung durch tägliches Einführen von Pressschwamm die Strictur so viel als möglich zu erweitern, für den Fall aber, dass diese Maassregel nicht von vollkommen günstigem Erfolge gekrönt sein sollte, und die Geburtsthätigkeit das Geschäft der Erweiterung nicht bis zur Möglichkeit, den Kopf des Kindes hindurchzuführen, vollende, sodann die sehnigten und am meisten widerstrebenden Fasern mittelst des Messers zu trennen. So befriedigend nun aber auch die Wirkung des Pressschwammes bis jetzt gewesen war, so wenig erfolgreich zeigte sie sich im weitern Verlaufe der Behandlung. Ungeachtet der täglich zweimaligen Einführung eines allmälig grösseren Stückes desselben, war es nicht möglich die Strictur bis über die Grösse eines Zweigroschenstücks hinaus auszudehnen, ja als während eines Tages derselbe gänzlich hinweggelassen war, verengte sich jene innerhalb 24 Stunden fast bis zu ihrem anfänglichen Lumen. So blieb denn also nichts übrig, als bei der Entbindung selbst von der blutigen Erweiterung Heil zu erwarten.

Am 10. Juli Morgens stellten sich die ersten Wehen ein. Etwa um 9 Uhr war der Muttermund bis zur Grösse eines Achtgroschenstücks eröffnet; während der

Wehen drängte sich bereits die Blase keilförmig in denselben hinein, zu gleicher Zeit aber schnürte sich durch die sich bis auf die Mutterscheide fortpflanzende Geburtsthätigkeit die Strictur fest um den untersuchenden Finger zusammen — soll ich mich eines Vergleiches bedienen: fast in der Art, als wenn bei einer Manualuntersuchung des Mastdarms in dem Schliessmuskel desselben Contractionen angeregt werden. — Während dieser Contractionen nahm die Strictur eine so fast knorpelartige Härte an, dass an eine erweiternde Wirkung der Geburtsthätigkeit durch die keilförmige Blase auf keine Weise gedacht werden konnte. Nach vorgängiger Entleerung des Mastdarms entschloss ich mich daher sogleich zu einer blutigen Dilatation, indem ich mit einem abgestumpften Fistelmesser mehrere kleine Einkerbungen rings in die Strictur mit alleiniger Schonung der vordern Wand (wegen Nähe der Harnblase) vollführte. Die Blutung war dabei höchst gering und es wurde dadurch eine Erweiterung der Strictur bis auf die reichliche Grösse eines Viergroschenstücks erzielt, über welcher man nur noch bequemer als zuvor das kesselförmig ausgedehnte Scheidengewölbe und den im Eingang des Beckens stehenden Kopf des Kindes fühlte. Schmerzen hatte die Frau bei dieser Operation gar nicht. Für die nächst bevorstehende Zeit wurden noch reichliche Einreibungen in den Damm, die äussern Genitalien und erweichende Injectionen in die Vagina angeordnet.

Da es mir indess unmöglich war unausgesetzt bei der Kreissenden zu bleiben, so wurde einer geübten Hebamme die Aufsicht anvertraut und diese mit den erforderlichen Instructionen versehen.

Nachmittags 4 Uhr. Die Wehen haben sich im Verlaufe des Tages verstärkt und durch dieselben ist der Muttermund bis auf mehr als eines Thalers Grösse eröffnet.

Die Strictur war ungeachtet der heute früh vorgenommenen Einkerbungen nicht im Mindesten mehr erweitert, sondern noch von demselben Lumen als unmittelbar nach der Incision; die tendinöse Beschaffenheit derselben trat während der Wehen noch deutlicher hervor; durch den tiefer ins kleine Becken herabgesunkenen Kopf war dieselbe dem Scheideneingange näher gerückt, so dass sie jetzt kaum mehr als 1″ oberhalb derselben lag. Bei der Unwirksamkeit der gemachten Einkerbungen schien es jetzt vollkommen an der Zeit, durch kräftigeres Einschreiten zur Beseitigung des Geburtshindernisses, die Geburt zu fördern, d. h. die Strictur durch an mehreren Stellen vorgenommene und bis auf das natürliche Lumen der Vagina geführte Einschnitte zu trennen. Bei dem tiefern Stande der Strictur gelang diese kleine Operation mit grösserer Sicherheit und Leichtigkeit und die Trennung der überaus straffen Zirkelfasern erfolgte unter einem deutlich für die Anwesenden hörbaren, knarrenden Geräusch, ähnlich dem, wenn man eine starke Sehne, oder ein starkes Kapselband zerschneidet. Die Schnitte wurden theils an der Stelle der früheren Einkerbungen weitergeführt, aber auch bei denen, welche nicht in jene fielen, stets die Rücksicht auf Schonung der Harnblase festgehalten. Die fortwährend kräftigen Wehen drängten nunmehr die noch immer stehende Amnionsblase kräftig in die Strictur hinein, vermochten indess nicht den Widerstand,

welchen dieselbe immer noch leistete, zu überwältigen, indem sie sich auch nicht ein Haar breit weiter ausdehnte, als im strengsten Sinn genommen, die Einschnitte sie gebracht hatten. Da es nun in hohem Grade misslich erscheinen musste, die Wehenthätigkeit allzusehr zu steigern, um das noch obwaltende Hinderniss zu beseitigen, — indem nicht vorauszusehen war, ob die Gebärmutternarbe des frühern Kaiserschnittes hiezu die nöthige Festigkeit besitzen, oder ob dieselbe nicht bei heftigen fruchtlosen Contractionen des Uterus durch Zerreissung den ganzen bisher günstigen Verlauf vereiteln werde, — so entschloss ich mich, da auch die Kreissende sehnlichst Erlösung wünschte, einige Stunden später zur Anlegung der Zange, nachdem ich zuvor noch ein Paar straffe, einzelne Fasern der Strictur getrennt und die Blase gesprengt hatte. Die Anlegung des Instruments war überaus leicht und ebenso leicht war mittelst 2—3 Tractionen der Kopf des Kindes aus den Geburtstheilen hervorgehoben. Die Drehung des Kopfes geschah mit dem Gesicht nach dem linken Schenkel der Mutter; bei der weitern Entwicklung musste indess auch die rechte nach der Aushöhlung des Kreuzbeines gelegene Schulter gelöst werden, worauf die Geburt des Rumpfes keiner Schwierigkeit weiter unterlag. Das Kind, ein starkes Mädchen, gab sofort durch kräftiges Geschrei sein Leben kund und wurde, nachdem der Pulsschlag in der Nabelschnur nachgelassen, abgenabelt. Bei der Trennung der Nachgeburt erfolgte eine copiöse Blutung, indem, wie die nachherige Untersuchung zeigte, die Placenta an der vordern Gebärmutterwand sass, woselbst die Narbe des frühern Kaiserschnitts die bis

zur Lösung hinreichenden Zusammenziehungen hinderte. Ich gieng daher ungesäumt in die Gebärmutter ein, trennte nicht ohne Mühe die adhärenten Stellen, und entfernte die Placenta, worauf alsbald genügende Contractionen der Gebärmutter eintraten, welche die Blutung stillten. Dennoch war die Kreissende während dieses Actes in Ohnmacht gefallen, aus der sie indess bald wieder erweckt und in's Bett gebracht wurde. Das neugeborene Kind, am andern Tage näher untersucht und gemessen, zeigte eine Länge von $21^1/_2$", das Gewicht betrug $8^1/_4$ Pfd. Civilgewicht, der schräge Durchmesser des Kopfes betrug $5^1/_4$", der gerade $4^1/_3$", der quere $3^1/_2$", die Beckenbreite $3^1/_4$". Die Erhaltung der Geschlechtstheile der Mutter war so vollständig gelungen, dass, wie die genaue Untersuchung zeigte, nicht einmal das Lefzenbändchen verletzt gefunden wurde.

Das Befinden der Mutter war am andern Morgen durchaus erwünscht: Sie hatte die Nacht ruhig und abwechselnd schlafend verbracht, die Wochenschweisse waren genügend eingetreten, die Lochialsecretion war mässig, der Uterus durchweg unschmerzhaft, an demselben in seiner Längenaxe etwas links von der Linea alba die Narbe von der frühern Sectio caesarea in Form einer tiefen, fingerbreiten Rinne fühlbar. Der Puls von natürlicher Frequenz, voll, weich; Urinsecretion freiwillig und ohne Schmerzen, der Durst gering.

Am 10. Tage nach der Entbindung verliess die Wöchnerin auf einige Stunden das Bett. An diesem Tage wurde zugleich eine innere Exploration vorgenommen, welche den Uterus regelmässig in seinem Rückbildungsprocesse vorgeschritten zeigte. Die Vagina war

noch weit, die Ueberreste der Strictur waren in Form stark hervortretender warzenartiger Erhabenheiten erkennbar, ähnlich, wie man zuweilen sehr fleischige Karunkeln findet, und es dürfte daher gewiss nicht ohne Grund die Hoffnung ausgesprochen werden, dass bei einer etwaigen nochmaligen Schwangerschaft die Geburt ohne alle Kunsthülfe werde vor sich gehen können. Am 12. Tage nach der Entbindung wurde bei fortwährend vortrefflichem Befinden und ihrem eigenen dringenden Wunsch gemäss die Frau aus dem Krankenhause entlassen.

XIV. Fall.

Skanzoni erzählt in seinem Lehrbuch der weiblichen Sexualorgane einen Fall, in welchem ihn im Jahre 1851 eine 30 Jahre alte Frau consultirte, welche ungeachtet ihrer 8jährigen Ehe bis dahin steril geblieben war. Bei der Untersuchung fand er die Vagina so eng, dass es ihm nur mit Mühe gelang den kleinen Finger in dieselbe einzubringen, auch gestand die Frau, dass ihrem Manne das Einbringen des Gliedes noch nie gelungen sei. Ein halbes Jahr nach der Untersuchung besuchte ihn die Frau wieder und fand er dieselbe im 3. Monate schwanger. Die Vagina war bereits so weit, dass der Zeigefinger, wenn auch mit einiger Mühe und nicht geringen Schmerzen für die Schwangere, bis an die Vaginalportion eingeschoben werden konnte. Die Schwangerschaft verlief regelmässig und auch die Geburt bot, trotz der früher dagewesenen sehr beträchtlichen Enge der Vagina, keine Anomalie dar, vielmehr wurde das Lumen des Scheidenkanals in Folge der während des Durchtritts des Kindes stattgehabten Ausdehnung so

erweitert, dass nicht nur der Ausübung des Coitus hinfort kein Hinderniss mehr entgegenstand, sondern auch kurze Zeit später eine zweite Conception folgte.

XV. Fall.

Kennedy (Stephani's Dissertation. Würzburg 1841) erzählt in seinen Beobachtungen über die Verschliessung der Scheide folgenden Fall.

Bei einer Frau fand sich eine Verengerung der Vagina, welche den Coitus sehr schmerzhaft machte. Es wurden Pressschwämme eingelegt, um denselben möglich zu machen, jedoch ohne Erfolg. Dennoch erfolgte Conception. Die ersten Wehen dauerten 48 Stunden; anfangs konnte der Finger nur mit vieler Mühe eingeführt werden; aber nach Anwendung des Mutterkorns erweiterte sich die Vagina vollständig und das Kind wurde ohne weitere Schwierigkeit durch die Thätigkeit des Uterus ausgestossen.

XVI. Fall.

Stoll, Amtsphysikus zu Stetten (N. Z. f. G. B. VI. Hft. 3), theilt folgenden Fall mit.

Eine robuste, 38jährige, seit 5 Jahren verheirathete Erstgebärende hatte eine solche Enge der Mutterscheide, dass St. nach bereits begonnener Geburtsarbeit mit dem Finger kaum 1" tief unter grossen Schmerzen hätte eindringen können. Dabei fehlte der ganze Damm, Mutterscheide und Mastdarm mündeten unmittelbar neben einander nach Aussen und der Schliessmuskel des letztern schien ganz vorzüglich zur Verengerung der Scheide beizutragen. Da nun im weitern Geburtsverlaufe das

Orificium ani et vaginae bei jeder Wehe fürchterlich hervorgetrieben wurde und jeden Augenblick eine Zerreissung bevorstand, so schlug Stoll folgendes Verfahren ein.

Er lagerte die Gebärende wie beim Steinschnitte, liess von den Gehülfen, welche die Füsse hielten, die Scheide nach oben und unten spannen und machte mittelst eines geknöpften Bistouri's mehrere seichte, von innen nach aussen gehende Einschnitte zwischen dem After und der Scheidenmündung gegen den Oberschenkel hin, wodurch sich letztere um ein Bedeutendes erweiterte und ersterer sich mehr nach hinten und unten zurückzog. Hierauf führte er einen Finger der linken Hand in den Mastdarm und einen der rechten Hand mit einem flach aufgelegten geknöpften Bistouri in die Mutterscheide, wo er zu beiden Seiten des Mastdarms in die Wandungen der Scheide mehrere seichte, von innen nach aussen gehende Einschnitte machte. Endlich wurde noch kurz vor dem Kindeskopf ein Ring als letzte verengerte Stelle der Scheide durchschnitten.

Obgleich nun Stoll die Beendigung der Geburt nur der Natur zu überlassen wünschte, so nöthigte ihn doch endlich die nicht unbedeutende Blutung aus den Einschnitten zur Anwendung der Zange, mittelst welcher ein lebendes Kind zu Tage befördert wurde. Ein aus leinenen Lappen und Charpie gebildeter und dick mit blutstillendem Pulver bestreuter Tampon wurde in die Scheide gelegt und oft erneuert. Nach 6 Wochen waren alle Einschnitte vernarbt, die Scheide so erweitert, dass man mit 2 Fingern zum Orificium uteri dringen konnte. Das Orificium ani hatte sich fast 2 Finger breit nach

unten und hinten zurückgezogen, so dass jetzt ein ziemlicher Damm vorhanden war.

XVII. Fall.

Toison (Hist. de l'acad. des Scienc. à Paris 1748. pag. 58) fand die Scheide einer Frau so eng, dass er kaum einen Federkiel einbringen konnte; dessen ungeachtet wurde sie schwanger und gebar glücklich, ohne künstliche Hülfe, nachdem die Wehen 3 Stunden angedauert hatten, ein kräftiges Kind. Die Vagina erweiterte sich während der Geburt nach und nach.

XVIII. Fall.

Antoine (Mémoires de l'acad. des sciences année 1712, pag. 36 Obs. II.) beschreibt eine Verengerung der Vagina, welche in der Schwangerschaft ohne Kunsthülfe verschwand. Eine Frau, welche sich im 16. Jahre verheirathet hatte, hatte eine so enge Vagina, dass nicht einmal ein Gänsefederkiel eindringen konnte; sie war nicht durch eine Membran verschlossen, wie es öfters vorzukommen pflegt. Bei jeder Menstruation hatte sie in der Gegend des Uterus spannende Schmerzen, ohne Zweifel herrührend von der Schwierigkeit, mit welcher das Blut die Vagina durchdrang, welche, nach der Meinung des Chirurgen, welcher die Frau behandelte, gegen den Uterus hin enger zu sein schien, als in der Nähe der Vulva. Trotzdem wurde sie von einem jungen, kräftigen Gatten gequält, welcher jeden Tag ohne Erfolg sich einen Durchgang zu machen versprach. Sie suchte Mittel gegen dieses Leiden, aber es gab keines, es war keine Operation zu machen, da es in diesem

Falle nicht galt, eine Membran zu durchschneiden. Nach 11 Jahren endlich wurde sie schwanger, ohne dass jedoch der Mann weiter gekommen wäre, als am ersten Tage. Ihr Chirurg war der Ueberzeugung, dass die Geburt auf natürlichem Wege nicht von Statten gehen könne. Nichts desto weniger begann im 5. Monate die Vagina sich zu erweitern und machte später Fortschritte, so dass sie zuletzt ihre normale Weite hatte, und die Frau glücklich niederkam.

XIX. Fall.

Colombat de l'Isère (Maladies des femmes I. Paris 1843, S. 169) theilt einen Fall mit, in welchem die Frau C., 28 Jahre alt, obgleich seit 10 Jahren verheirathet, doch nie einen Coitus vollständig ausgeübt hatte. Nachdem sie sich an den Dr. C. du V. gewandt hatte, constatirte dieser eine solche Enge der Vagina, dass nur mit Mühe ein gewöhnlicher Catheter eingeführt werden konnte; er rieth zu gradweiser Erweiterung vermittelst Sonden von elastischem Gummi, deren Durchmesser nach und nach vergrössert wurde. Als man eine gehörige Erweiterung erreicht hatte, wurden die Sonden weggelassen und vertauscht mit einer Art Rosenkranz aus Pressschwamm, dessen Scheiben mit einem grossen Locheisen gemacht waren.

Jede dieser Schwammscheiben, welche durch starken Druck hergestellt war, war aufgefädelt und so aneinander gebracht, dass ein aus einem Stück bestehender Cylinder hergestellt wurde, der ebensoleicht als eine Sonde von gleichem Caliber in die Scheide eingeführt werden konnte. Einige Wochen nach dieser mächtigen

Erweiterung wurde die Vagina so weit, dass Frau C. schwanger wurde und glücklich niederkam.

XX. Fall.

Schindler in Greiffenberg (Deutsche Klinik 1852, 41. S. 464) erzählt folgenden Fall.

Ich habe ein Mädchen durch lange Zeit behandelt, bei der in Folge der ersten Bildung die ganze Scheide so eng und callös war, dass es nie gelang, nur die Spitze des kleinen Fingers in sie einzuzwängen. Der Introitus vaginae war ein knorpelharter Ring, aber auch die ganze Scheide war so eng, dass sie nur einen starken Katheter in sich aufnahm; das 15jährige Mädchen war noch nie menstruirt und überhaupt wenig entwickelt. Alle Versuche, welche ihr Bruder, ein Wundarzt, ich, und später mein Vater in der Krankenanstalt des Laubaner Klosters vornahmen, waren fruchtlos; die Kranke wurde ohne alle Besserung entlassen.

Später heirathete das Mädchen, sie wurde bald schwanger, in der Schwangerschaft erweiterte sich die Scheide und die Geburt erfolgte ohne Kunsthülfe. Die Frau lebt heute noch als Mutter von 5 Kindern. Nach der ersten Entbindung blieb die Scheide in einem naturgemässen Zustande.

XXI. Fall.

Dufour (L'union médic. 26. Juli 1856).

Ein junges Mädchen von 16 Jahren hatte an der unteren Oeffnung der Vagina eine so beträchtliche und so resistente Verengerung, dass ein Arzt, welchem es nicht gelungen war eine Canüle vom kleinsten Caliber

einzuführen, glaubte ihr eine Operation vorschlagen zu müssen, da sonst der Beischlaf unmöglich wäre. Jedoch ein geschickterer Operateur beseitigte, ohne selbst Arzt zu sein, ohne Messer das Hinderniss und eine nachfolgende Schwangerschaft bezeugte den Erfolg. Als nach 9 Monaten einer normalen Schwangerschaft die Wehen auftraten, wurde Herr D. beauftragt der Kranken beizustehen.

Die Oeffnung am untern Theile der Vagina war in der That noch so eng, dass es ihm unmöglich wurde, den Finger einzuführen, um den Gang der Geburt zu beobachten. In der Erfahrung, wie leicht der Kopf des Kindes selbst die grössten Verengerungen der Vagina überwunden hat, hielt er es vorderhand für unnöthig, auch nur im geringsten einzuschreiten, und überliess die Geburt den Kräften der Natur. Jedoch bevor noch der Kopf des Kindes in die untere verengerte Stelle der Vagina eindrang, wurden die Wehen so häufig und so schmerzhaft, dass er es, um drohende Convulsionen zu verhüten, für nothwendig erachtete, Chloroform anzuwenden. Er glaubte zugleich durch dieses Mittel den sehr grossen Widerstand zu vermindern, welchem er später in den weichen Theilen zu begegnen erwartete. Jedoch mit der ersten Wirkung des Chloroform verminderte sich die allgemeine Aufregung, die Wehen wurden weniger heftig, regelmässiger, seltener und der weitere Gang der Geburt wurde vollständig normal. Von diesem Augenblicke an konnte auch der Finger ohne Schmerzen eingeführt werden; endlich unter dem Drucke des Kopfes erweiterten sich die weichen Theile mit einer

unverhofften Leichtigkeit und eröffneten dem Kinde den Durchgang ohne den geringsten Einriss.

XXII. Fall.

In der Gazette des hôp. 14. Août 1832 ist folgender Fall aufgezeichnet.

Eine Mulattin wurde von einem Brasilianer genothzüchtigt. Dieses Mädchen war im Dienste einer Dame, welche auf die Vergrösserung ihres Bauches keine Acht gab und in der Meinung, sie sei wassersüchtig, ihr verschiedene abführende Mittel reichen liess. Nach Verfluss einiger Monate schritt die Schwangerschaft weiter vor und ein Chirurg, welcher gerufen wurde, um der Kranken beizustehen, fand die Vagina durch eine starke Membran verschlossen, die er genöthigt war mit einem scharfen Messer durchzuschneiden. Am Eingange der Vulva fand sich eine so kleine Oeffnung, dass dieselbe kaum einen Federkiel einführen liess. Die Geburt ging glücklich von Statten.

XXIII. Fall.

M. C. Devilliers (Revue méd. 1845, II. pag. 497) beschreibt folgenden Fall. Frau C., 27 Jahre alt, blond, von blasser Gesichtsfarbe, mittlerer Grösse, wohl proportionirt, guter Constitution, hatte früher die Masern gehabt, als Kind an Convulsionen, später auf der Brust gelitten und gegen Ende Juni 1844 eine ziemlich schwere Gehirnentzündung überstanden. Ihre erste Menstruation zeigte sich im Verlauf des 12. Jahres und floss immer regelmässig 2—3 Tage lang, jedoch nur sehr sparsam. Im Oktober 1844 hatte sie ihre letzte Menstruation.

Das Fehlen der Regeln während mehrerer Monate und die Vergrösserung des Unterleibes beunruhigten endlich die Frau C. und ihren Mann, ohne dass sie daran dachten, dass diese Zeichen die einer Schwangerschaft sein könnten, da sie während einer 5jährigen Ehe nicht den Coitus vollständig ausgeübt hatten. Jedoch die übrigen Zeichen der Schwangerschaft zeigten sich bald und gegen Anfang März fühlte die Frau die ersten Kindesbewegungen.

Im 7. oder 8. Monate der Schwangerschaft untersuchte sie D. zum erstenmale. Der Uterus zeigte hiebei eine der Schwangerschaftsperiode angemessene Ausdehnung. Bei der Untersuchung fand mein Zeigefinger, welcher von mittlerer Grösse ist, am Eingange in die Scheide in der Höhe von 10—16 Millimeter eine cirkuläre Verengerung, bedeutend genug, um den untersuchenden Finger nicht ohne Schwierigkeiten und lebhaften Schmerz eindringen zu lassen. Die Wände des verengerten Ringes schienen mir nicht durch ein abnormes, verhärtetes Gewebe, sondern durch das Gewebe der Vagina selbst gebildet zu sein, welches härter und contractionsfähiger geworden war. In der That, nachdem die Contraction nachgelassen hatte, wurde mein Finger durch den Ring etwas weniger eingeschnürt, und ich konnte, obgleich nicht ohne Mühe, den Uterus und die Wände des Beckens untersuchen. Ich fand ersteren von der Grösse eines im 7. Monate schwangern Uterus; das Becken war am Eingang und in der Höhle von hinlänglicher Weite, wovon mich noch das frühzeitige Herabrücken der Kindestheile (Kopf), welche das untere und vordere Segment des Uterus vor sich herschoben,

überzeugte. Am Ausgang schien mir eine gewisse Verengerung vorhanden zu sein, welche dadurch verursacht war, dass die Tubera ischiadica der Symphysis ossium pubis sich näherten. Diese Enge des Ausganges mit der bedeutenden Verengerung des unteren Theiles der Vagina beunruhigten mich.

Ich consultirte die Société de Médecine und meinen Lehrer Prof. Dubois, um zu erfahren, ob es besser sei, eine künstliche Frühgeburt einzuleiten, oder die Geburt den Kräften der Natur zu überlassen. Alles stimmte für die letztere Ansicht.

Am 14. Juli um 1 Uhr Morgens traten die ersten Wehen ein. Als ich um ½ 8 Uhr zu ihr kam, waren die Wehen schon lebhafter und kamen alle 4 Minuten. Bei der Untersuchung liess der verengerte Ring der Vagina den Finger schon viel leichter durchdringen und der Ring war weicher und ausdehnbar geworden. Der Mutterhals war verschwunden, der Muttermund begann sich zu erweitern und der Kopf hatte die linke Schädellage, was durch die Auskultation bekräftigt wurde. Als ich um 2 Uhr Mittags wieder zu ihr kam, contrahirte sich der Uterus kräftig und anhaltend und ich war ganz erstaunt, am Eingang der Vagina die genannte Verengerung nicht mehr zu finden.

In der That, der Ring hatte sich erweitert und war so verschwunden, dass die Geschlechtstheile von der Norm nicht mehr abwichen, obgleich der Muttermund noch nicht vollständig verstrichen war und der Kopf noch im Eingange des Beckens stand. Die Theile waren nach ¾ Stunden so vorbereitet, dass ich glaubte die derben Eihäute sprengen zu können.

Die Wehenthätigkeit blieb regelmässig und anhaltend, der Kopf kam an den Ausgang. Hier waren die Wehen nicht mehr so regelmässig; das Eindringen in die knöchernen Theile war langsam und schwer; es bildete sich eine bedeutende Kopfgeschwulst. Ich überzeugte mich ferner, dass es mir leicht möglich war, den Finger zwischen dem Kopf des Kindes und den weichen Theilen der Mutter hinaufzuführen, dass also das Hinderniss nicht von diesen herkam. Die weichen Theile, leicht ausgedehnt, boten blos die Erscheinungen dar, wie man sie öfters bei Erstgebärenden findet.

Die vollständige Austreibung des Kindes fand um 7 Uhr Abends Statt.

Das Kind war ein kräftiger Knabe, welcher sich im Zustand apoplectischer Asphyxie befand, und erst nach längerer Zeit durch Aderlassen am Nabelstrang zum Leben gebracht wurde. Es zeigte sich eine bedeutende Kopfgeschwulst und der Kopf war kegelförmig zusammengedrückt. Das Wochenbett verlief ohne irgend eine Störung und die Genitalien zeigen gegenwärtig keine Spur von Formveränderung mehr und befinden sich durchaus in normalem Zustand.

XXIV. Fall.

Chailly (Revue méd. 1845, II. pag. 504) erzählt in seinem Traité d'accouchements folgenden Fall.

Ein junges Mädchen von 16 Jahren kam kurz vor der Geburt in die geburtshülfliche Klinik. Die Hebamme fand bei der Untersuchung, dass ihr Finger in der Mitte der Vagina durch eine resistente Membran, an welcher man keine Oeffnung fühlte, aufgehalten wurde.

Mit Hülfe des Speculum fand Herr Dubois in der Mitte dieser Scheidewand eine kleine Oeffnung, in welche blos eine gewöhnliche Sonde eingeführt werden konnte. Die Sonde drang in einen dahinterliegenden freien Raum. Trotz der Schwierigkeit, welche man von einer solchen Anomalie bei der Geburt erwarten zu können glaubte, machte Herr Dubois keine Operation, indem er auf die Naturkräfte vertraute und der Meinung war, dass es bei der Geburt immer noch Zeit sei einzuschreiten. Der Erfolg bestätigte seine Meinung. Eines Morgens meldete man ihm, dass die Frau ganz allein und fast ohne Schmerzen niedergekommen sei.

Vierzehn Tage später konnte der Finger leicht durch die Oeffnung der Zwischenwand, welche während der Geburt eingerissen war, eingeführt werden.

Zum Schlusse führe ich den von uns beobachteten Fall an.

XXV. Fall.

M. Kraft aus Teinach, 35 Jahre alt, von kräftiger Constitution, kleiner Statur, hat noch nie geboren, will sich stets einer guten Gesundheit erfreut haben; sie bekam ihre erste monatliche Reinigung im 20. Jahre; die Menstruation war seit dieser Zeit immer ganz regelmässig ohne alle Beschwerden.

Sie wurde am 15. September 1864 in die hiesige geburtshülfliche Klinik aufgenommen.

Bei der Untersuchung fand man die Brüste schön entwickelt, die linke Warze war sehr klein, die rechte war eine Hohlwarze, der Warzenhof war dunkel pigmentirt; aus der Warze liess sich Colostrum ausdrücken.

Der Grund des Uterus reichte zwei Finger breit über die Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz; die Linea mediana war mässig gebräunt; Schwangerschaftsnarben waren nicht vorhanden. Die äussern Genitalien waren aufgelockert, bräunlich gefärbt, Scheidenmund war sehr eng, Scheide auffallend kurz. Im Scheidengewölbe konnte man die Spitze des Zeigefingers in eine zarte Grube einführen; man kam dabei auf keine Kindestheile. Auch durch das Scheidengewölbe konnte man keine Kindestheile entdecken. Eine eigentliche Vaginalportion war nicht zu finden; in der Grube fand man Falten, welche man als Plicae palmatae des Cervicalkanals hätte deuten können.

Man konnte nun einerseits an einen Uterus mit Mangel der Vaginalportion denken, andererseits sprach die auffallende Kürze der Vagina und der Umstand, dass man durch das Scheidengewölbe keine Kindestheile entdecken konnte, während man doch deutlich den Kopf von aussen über der Symphyse fühlte, für eine Verengerung der Vagina.

Da die Kraft nie geboren hatte, ferner jede Verletzung an den Genitalien, sodann jede Krankheit läugnete, welche zur Verwachsung der Vaginalwände unter sich hätte führen können, und immer wieder behauptete, dass sie überhaupt nie krank gewesen sei, so musste man eine angeborene Verengerung der Vagina annehmen. Die Stelle, an welcher sich die Verengerung befand, war keineswegs so hart anzufühlen, wie es gewöhnlich bei Narben zu sein pflegt. Von irgend einer Behandlung konnte jetzt keine Rede sein, sondern musste man eben die Geburt abwarten.

Ihren ziemlich ungenauen Angaben nach hatte sie in den ersten Tagen des Februar 1864 ihre letzte Menstruation gehabt und demnach konnten wir annehmen, dass die Geburt gegen Mitte November 1864 erfolgen sollte.

Ueber die Zeit der Empfängniss und der Kindesbewegungen wusste sie uns keine genaueren Angaben zu machen.

Die Schwangerschaft war bisher ganz normal verlaufen und verlief auch weiterhin ganz normal bis zur Geburt.

Am 16. November Abends 7 Uhr meldete sich die K. zur Geburt.

Bei der Untersuchung war die verengerte Stelle schon so weit offen, dass man gerade mit dem Zeigefinger hindurchkommen konnte. Die Strictur hatte eine Länge von etwa 8‴. Hinter der Strictur fand man einen freien Raum von eben dieser Länge, welcher wieder die normale Weite der Scheide hatte und welcher oben von einem ganz normalen, zarten, scharfrandigen Muttermund begrenzt war. Der Muttermund war etwa halbguldengross offen; man fühlte den vorliegenden Kopf; bei jeder Wehe stellte sich die Blase.

Die Nacht über hatte die K. nur schwache Wehen gehabt, doch war den andern Morgen um 7 Uhr der Muttermund so ziemlich verstrichen und begann nun die Blase sich gegen die schon etwas aufgelockerte Strictur zu stellen und auch diese auszudehnen; doch schien es hier sehr langsam zu gehen, denn die Wehen wollten noch nicht stärker werden.

Als Nachmittags 3½ Uhr die Blase sprang, war

auch die Strictur beinahe verschwunden, und fühlte man ganz leicht den übrigens noch ziemlich hochstehenden Kopf in der ersten Schädellage. Nachdem im Verlaufe des Abends die Strictur durch den andrängenden Kopf vollends ganz ausgedehnt und der Kopf weiter herab in die Beckenhöhle gerückt war, wurde Abends 11 Uhr wegen Wehenschwäche, und weil man annehmen musste, dass durch eine weitere Verzögerung der Geburt sowohl Mutter als Kind leiden müssten, die Zange angelegt und ein reifer, kräftiger, aber scheintodter Knabe extrahirt. Nach 1/4 Stunde kam das Kind unter Anwendung des Inductionsapparates zum Leben. Gewicht des Kindes betrug 6 Pfund 30 Loth, Querdurchmesser des Kopfes 3 Zoll 8 Linien, der gerade 4 Zoll 6 Linien und der schiefe 5 Zoll.

Beim Durchziehen des Kopfes durch die Schamspalte mussten, um den Damm zu erhalten, seitliche Incisionen gemacht werden. Die Placenta wurde durch Reibungen des Grundes des Uterus herausbefördert; die nachfolgende Blutung war ganz gering.

Den andern Morgen befand sich Pat., nachdem sie die Nacht über geschlafen hatte, ganz wohl. Da man annehmen musste, dass an der Stelle der Strictur beim Durchziehen des Kindes Quetschungen vorgekommen seien, so wurden zur Vorsicht mehrere Tage hinter einander täglich 2—3mal Einspritzungen von einer lauwarmen, sehr verdünnten Lösung des Liq. Kali hypermanganici in die Vagina gemacht.

Am 21. November — vier Tage nach der Entbindung — klagte Pat. über geringe Schmerzen im Unterleib auf der rechten Seite; der Lochialfluss war

etwas schmutzig, stinkend, das Fieber aber ganz gering und fand man sich nicht genöthigt ausser den Einspritzungen irgend etwas zu verordnen. Schon nach einigen Tagen hatte Pat. über nichts mehr zu klagen und verlief überhaupt das Wochenbett vollends ganz normal.

Als Pat. den Tag vor ihrer Entlassung (7. Dezember) wieder untersucht wurde, fand man den Uterus in die kleine Beckenhöhle herabgesunken, mit seinem Grunde etwas nach vorne gerichtet, das Scheidengewölbe verengt, trichterförmig gegen den mit ganz kleinen Lippen versehenen, für die Spitze des Zeigefingers zugänglichen Muttermund zulaufend.

Etwa $^1/_2$" unterhalb des Muttermundes fand sich an der hintern Wand der Vagina ein gegen $1^1/_2$" querhin verlaufender, 2—3‴ hoher, gezackter Vorsprung; an der vordern Wand fand sich in gleicher Tiefe ein ähnlicher, nur dickerer Vorsprung.

Zwischen diesen Vorsprüngen, welche als die Reste des stringirenden Gewebes zu betrachten waren, fanden sich rechts und links winkelige Vertiefungen, von welchen aus derbes, narbiges Gewebe gegen den Muttermund hinziehend gefunden wurde. Bei der Untersuchung mit dem Speculum sahen sich die 2 Ränder wie Muttermundslippen an. Pat. wurde nun entlassen mit der Aufforderung, nach einem Monat sich wieder sehen zu lassen.

Am 4. Januar 1865 kam sie nun wieder und fand man bei der Untersuchung ungefähr 3" vom Vaginalmunde entfernt eine Oeffnung, welche für die Spitze des Zeigefingers gerade zugänglich war. Diese Oeff-

nung war hinten begrenzt von einem gekerbten, gegen 2‴ breiten scharfen Rand, vorne von einem dicken, wulstigen Rande. Die Strictur hatte sich also wieder zurückgebildet, wozu allerdings Narbencontraction auch viel beigetragen haben mochte.

Werfen wir einen Rückblick auf die 25 angeführten Geburtsfälle, bei welchen eine angeborene Scheidenverengerung vorhanden war, so sehen wir, dass in 10 Fällen (Dumontpallier, Skanzoni, Kennedy, Antonine, Colombat, Schindler, Dufour, Devilliers, Chailly, Toison) die Naturkräfte ganz allein ausreichten, das Geburtshinderniss zu überwinden.

In 2 Fällen (dem von Clemens und dem unsrigen) überwand zwar die Natur das Hinderniss, man musste ihr aber dennoch später durch Anlegung der Zange zu Hülfe kommen.

In 13 Fällen (Nägele, Lange, Benevoli, Danyau, Hemmer, Maisonneuve, Fristo, Carter, Rysch, Dumontpallier, Behm, Stoll, Gaz. des hôp. 1832) hielten es die Geburtshelfer für nöthig, das Geburtshinderniss durch Zerreissung oder Zerschneidung zu entfernen, worauf in 7 Fällen (Lange, Benevoli, Maisonneuve, Carter, Rysch, Dumontpallier, Gaz. des hôp. 1832) die weitere Austreibung des Kindes spontan erfolgte. In 5 Fällen (Nägele, Danyau, Hemmer, Clemens, Behm, Stoll) musste nachträglich das Kind mit der Zange geholt werden. In einem Fall (Fristo) wurde die Wendung auf die

Füsse mit nachfolgender Extraction des Kindes gemacht.

Ein einziger Fall (der von Dumontpallier) hatte einen lethalen Verlauf. Es ist somit die Prognose für die Mutter ziemlich günstig zu stellen, besonders wenn man annimmt, dass gerade in dem Falle, welcher lethal endigte, durch zu frühe Operation des Geburtshindernisses eine Frühgeburt veranlasst wurde, welche streng genommen an und für sich eine Anomalie ist, deren ungünstiger Ausgang leider nur zu häufig beobachtet wird, und stimmen wir Herrn Dumontpallier vollständig bei, wenn er eine Hauptschuld des lethalen Verlaufes dem Umstande zuschreibt, dass die Frau auf der chirurgischen Klinik unter Operirten lag.

Von den Kindern wurden 2 todtgeboren, die Prognose für die Frucht ist also etwas ungünstiger und dürfte dieser Umstand von der durch die Verengerung verursachten Verzögerung der Geburt abzuleiten sein.

Nicht allein, dass die Geburten für die Mutter ohne Nachtheil verlaufen, wir sehen sogar, dass in den meisten Fällen nach dem einmaligen Durchtreten des Kindes durch die Genitalien, späterhin das Hinderniss zur Ausübung eines naturgemässen Coitus und das Geburtshinderniss vollständig verschwunden war, d. h. die Vagina ihre normale Beschaffenheit erlangt hatte. Die zur Beseitigung des Geburtshindernisses vorgenommenen Operationen waren für die Mutter ohne allen Nachtheil und waren theils sehr leicht, indem sie einfach mit den Fingern zerrissen wurden, theils mit den allergrössten Schwierigkeiten verbunden. Die einigemale nach den Operationen eingetretenen Blutungen, welche freilich

bald und leicht gestillt waren, dürften jedoch nicht ohne Berücksichtigung gelassen werden.

Die geburtshülflichen Operationen boten keine Schwierigkeiten mit Ausnahme des Falles von Hemmer, in welchem in einer Zeit von 1½ Stunden mit der Zange 60 Tractionen gemacht wurden, ohne dass jedoch die Wöchnerin und das Kind auch nur den geringsten Nachtheil erlitten hätten.

Diese Erfahrungen, welche deutlich zeigen, dass der während der Schwangerschaft und Geburt eintretende Auflockerungsprocess der Genitalien auch den verengerten Stellen, Bändern und Membranen sich mittheilt, berechtigen uns zu dem Schlusse, in diesen Fällen womöglich der Natur die Austreibung des Kindes zu überlassen und nur dann zur Kunsthülfe zu schreiten, wenn entweder die weitere Verzögerung der Geburt Schaden für Mutter und Kind nach sich ziehen würde, oder durch plötzlich auftretende gefährliche Zufälle von Seiten der Mutter die Beendigung der Geburt dringend angezeigt wäre. Bei Quermembranen und Strängen — besonders wenn dieselben aus verhärtetem callösem Gewebe bestehen —, welche den Kopf des Kindes aufhalten, muss man sich in den meisten Fällen auf eine Operation gefasst machen und dürfte wohl zu beachten sein, dass bei einer Zerreissung der Membran durch den andrängenden Kopf die Tiefe des Risses nicht zu bemessen ist, während man durch mehrere seichtere Einkerbungen, welche unter Umständen wiederholt werden müssen, die Grösse der Erweiterung leichter übersehen kann.

Etwaige Stränge können ganz leicht ohne jeden

Nachtheil durchtrennt werden. Jedenfalls sind Operationen, welche zur Beseitigung des Geburtshindernisses vor dem normalen Ende der Schwangerschaft angestellt werden, vollständig zu verwerfen, da dieselben Abortus oder Frühgeburt hervorzurufen leicht im Stande sind.

Je weniger das verengerte Gewebe von der normalen Structur sich entfernt hat, desto mehr darf man hoffen, dass durch Vergrösserung, vermehrte Ernährung und Erweichung den missbildeten Theilen eine solche Ausdehnbarkeit verliehen werde, dass in den meisten Fällen eine hinreichende Erweiterung für den Durchgang des Kindes ohne wesentliche Verletzung eintreten kann.

Devilliers widerräth in solchen Fällen die Anlegung der Zange, weil der Druck und die Erweiterung, welche dieselbe hervorbringt, gewaltsamer wirken und weniger gleich auf alle Theile verbreitet sind.

Zum Schlusse möchte ich noch erwähnen, dass die citirten Fälle genügend beweisen, dass Conception auch ohne vollkommene Vereinigung der Geschlechter und bei den allerbedeutendsten Verengerungen der Scheide stattfinden kann. Es kann jedoch nicht bestritten werden, dass die Scheidenverengerung ein bedeutendes Conceptionshinderniss ist, denn in dem Fall von Hemmer blieb die Frau 10, in Skanzoni's Fall 8, in Stoll's Fall 5, in Colombat's Fall 10, in Antoine's Fall 11 Jahre steril.